ANRÖCHTE Cyprien
D.I.U. Repérage et prise en charge des conduites suicidaires
Promotion 2006-2007

Faire alliance avec le jeune suicidant

Analyse des facteurs pouvant influencer l'alliance thérapeutique avec le jeune adulte suicidant

Date de restitution : 8 juin 2007

« En Chinois le mot crise se compose de deux idéogrammes, l'un *wei* signifiant : danger, l'autre *ji* : opportunité. Il nous appartient de choisir sur quel signe nous mettons l'accent. »

J.F. Kennedy

Je tiens à remercier tout particulièrement

Kahina Yebbal, ma directrice de mémoire, pour ses conseils avisés ;

Patrice Chauvelon, formateur à l'I.F.S.I. du C.H.U. de Nantes, pour ses questions ;

l'équipe de l'unité E.S.P.A.C.E. pour le temps qu'elle m'a accordé ;

Cécile Pacor pour sa relecture attentive.

Couverture : Kristin Mallory : *Teenage suicide*, 2000

INTRODUCTION **7**

Situation de départ **8**

Réflexions personnelles **9**

Question de départ **9**

A. APPROCHE THEORIQUE **10**

1. Entre l'enfant et l'adulte **10**

a. Étude multidimensionnelle de l'adolescence et de ses limites 10

Juridique 10
Physiologique 11
Sociologique 11
Psychologique 12

b. La recherche d'une identité 14

La construction narcissique 14
Les processus de séparation et d'individuation 15

Conclusion : limites floues et ambiguïté 17

2. Le suicide **18**

a. Histoire et culture du suicide 18

b. Définitions 21

L'idéation suicidaire, la tentative de suicide et le suicide 21
La crise suicidaire 23
Les conduites à risque 26

c. Repères épidémiologiques 27

L'idéation suicidaire 27
La morbidité suicidaire 28
La mortalité suicidaire 29
Les récidives 31
Le concept du suicide en sociologie 31

d. La conceptualisation du suicide à l'adolescence 32

Psychopathologie du suicide à l'adolescence 32
Passage à l'acte et *acting out* à l'adolescence : définition et facteurs 35
La place du corps dans le passage à l'acte 36

Conclusion : la crise suicidaire comme une opportunité thérapeutique 37

3. Le concept d'alliance thérapeutique 39

a. Définition de l'alliance thérapeutique 39

Naissance et évolution d'un concept..... 39
Les échelles de mesure de l'alliance thérapeutique 42

b. L'alliance comme un facteur essentiel du processus thérapeutique 44

Conclusion : alliance thérapeutique et crise suicidaire 44

B. ANALYSE DES ENTRETIENS 46

1. Méthodologie des entretiens..... 46

a. Choix personnels 46

b. Conditions des entretiens..... 48

2. Introduction à l'analyse des entretiens 49

3. Spécificités et complémentarités des urgences médico-psychologiques, d'une unité de crise et d'un service de psychiatrie adulte..... 50

a. Les U.M.P..... 50

b. L'hospitalisation en psychiatrie adulte 52

c. L'unité E.S.P.A.C.E..... 54

d. La nécessité du lien 55

Conclusion : particularité et cohérence de l'itinéraire de soin 57

4. Triangulation de l'alliance thérapeutique entre la famille, le jeune et l'équipe soignante..... 58

a. La place de la famille..... 59

c. La famille et l'équipe pluridisciplinaire 62

d. Les limites de cette triangulation..... 63

Conclusion : une alliance à la fois indispensable, difficile et fragile 64

5. Vers la création d'un espace transitionnel..... 65

a. Constat d'une crise 66

b. La nécessaire « recherche de repères, d'un cadre» 68

c. La co-prescription de l'hospitalisation par le patient 69

d. Équilibre activité/passivité et alliance thérapeutique 71

Conclusion : l'alliance thérapeutique au sein d'un espace transitionnel..... 72

Conclusion de l'analyse d'entretien..... 74

CONCLUSION **75**

ANNEXES **77**

Annexe 1 : l'échelle de désespoir **78**

Annexe 2 : the revisited helping alliance questionnaire (Haq-II) **81**

Annexe 3 : statistiques de l'unité E.S.P.A.C.E. **84**

Annexe 4 : règlement intérieur de l'unité E.S.P.A.C.E **85**

BIBLIOGRAPHIE **89**

Essais et romans **89**

Articles **90**

Internet **93**

Conférences **95**

Cours **96**

Textes législatifs **97**

Dictionnaires **97**

Mémoires **97**

CD-Rom **97**

Projet de service **97**

Introduction

> « Il y a dans l'histoire de l'humanité un fait irrécusable que peuvent voiler les magnificences de la pensée, les créations merveilleuses du génie moderne, mais qu'elles ne sauraient détruire, c'est le caractère d'universalité de la souffrance. En quelque lieu que se rencontre un homme, on est sûr d'entendre un soupir, une plainte. À chaque instant, il se fait autour de nous un double travail d'analyse psychologique et de statistique qui met à nu les plaies cachées de notre cœur et les misères de notre race. Aujourd'hui, comme autrefois, malgré la formule hégélienne : *Eritis secut Deus*, la douleur est le lot du genre humain. Parmis les maux qui nous affligent et dont tant d'écrivains honorables sont les éloquents interprètes, nous avons pris pour notre part de labeur, l'étude de la dernière manifestation du désespoir : le *suicide.* »
>
> A. Brierre de Boismont, *Du suicide et de la folie suicide*, 1856

C'est parce que l'on veut vivre que l'on doit mourir, pensait Nietzsche, c'est parce que leur vie ne peut continuer ainsi que de nombreux jeunes précipitent leur mort. Que répondre à leur souffrance sans risquer de s'enliser dans de sinistres banalités ? Qu'il faut être fort et arrêter de se plaindre ? Que ce sont des jeunes privilégiés ? Que l'amour de leurs parents leur interdit de se tuer ? Entre ceux qui souffrent et ceux qui doivent les aider, l'alliance semble souvent, dès le début de la relation, être compromise.

Or à travers un tel acte, le sujet veut susciter une réaction de l'adulte. Une tentative de suicide n'est pas un acte vide de sens. Mais quelques soient les raisons que le jeune lui donne, il arrive difficilement à atteindre à travers son geste « à la fois ce qu'il fuit et ce qu'il vise[1] ». Le message étant, alors, peu ou mal perçu, le risque de récidive est donc extrêmement élevé. L'aide d'un tiers peut, dans ces situation de crise, permettre au sujet de parler et à l'entourage de l'écouter.

[1] X. Pommereau, *L'Adolescent suicidaire*, Paris, Dunod, 2001, p.IX

Situation de départ

Julien, 20 ans, a avalé le contenu d'une boite de Lexomil® avec de l'alcool. Peu de temps après, il a téléphoné à un ami pour l'avertir qu'il venait d'essayer de mettre fin à ses jours. Emmené aux urgences, il est examiné par un médecin somaticien et gardé le temps d'une surveillance de ses fonctions vitales. Julien est ensuite transféré dans le service des urgences médico-psychologiques, où il est vu en entretien par un infirmier, puis par un psychiatre qui lui proposent une hospitalisation dans une unité spécialisée pour adolescents et jeunes adultes en situation de crise, l'unité E.S.P.A.C.E. (Espace de Soins et de Prévention pour les Adultes jeunes en Crise) à l'hôpital Saint Jacques de Nantes. Cette unité propose une réponse originale à une situation de crise en instaurant, lors d'une hospitalisation brève, un moment de rupture ayant pour objectif une « réanimation psychique », c'est-à-dire une remise en route de l'élaboration mentale, afin de permettre une projection du sujet dans l'avenir.

Lors de l'entretien d'accueil à l'unité E.S.P.A.C.E., Julien explique sa tentative de suicide comme un geste de désespoir réactionnel à la perte de son emploi. Il fait également le lien avec un accident de moto en état d'ébriété, dans un contexte de rupture sentimentale qu'il dit ne pas supporter. Jugé trop possessif par son ancienne petite amie, Julien évoque aussi des difficultés à se séparer de ses parents, ne pouvant passer une journée sans les voir. Depuis sa tentative de suicide, Julien ne leur a pas parlé, bien que ceux-ci aient été prévenus par les urgences.

Vingt-quatre heures après son arrivée, il demande un entretien : Julien dit ne plus supporter l'isolement avec l'extérieur, qui dure les quarante-huit premières heures d'hospitalisation. Banalisant son passage à l'acte comme quelque chose de « pas si grave », il dit ne pas avoir besoin de l'équipe soignante, préférant le soutien de ses amis. A la suite de cet entretien, Julien sortira contre avis médical et ne se rendra pas à la consultation programmée après sa sortie.

Réflexions personnelles

Julien est un exemple de rupture de soin dès le début de la prise en charge. Lors de notre stage à E.S.P.A.CE., puis au cours de notre pratique en unité d'hospitalisation, nous avons rencontré de nombreux jeunes dans la même situation. Si ceux-ci ne vont pas forcément jusqu'à quitter le service, ils peuvent, parfois, mettre en place des conduites d'opposition active à l'équipe soignante ou s'installer dans une passivité totale face aux difficultés rencontrées. Cependant dans toutes ces situations la question est la même : quel est le risque de récidive ?

Il semble souvent impossible d'aider une personne qui ne le désire pas ou qui ne semble pas prête à l'être, c'est-à-dire une personne qui ne se situe pas dans une alliance thérapeutique avec l'équipe soignante. Mais il paraît également réducteur de s'arrêter à ce constat et nous devons donc réfléchir aux raisons qui ont amenées à cette impasse.

Question de départ

En partant des constatations précédentes, nous pouvons nous poser la question suivante : **quels sont les facteurs qui peuvent influencer l'alliance thérapeutique avec le jeune adulte suicidant, au cours de sa prise en charge aux urgences médico-psychologiques et de son hospitalisation ?**

Cette réflexion commencera par une approche conceptuelle de l'adolescence, du suicide et de l'alliance thérapeutique. Ensuite viendra l'analyse d'entretiens menés auprès d'infirmiers travaillant avec les jeunes suicidants. Ce travail s'inscrit dans la continuité de notre mémoire de Diplôme d'État d'Infirmier, l'approche théorique a été remaniée et enrichie, l'analyse des trois entretiens, réalisés en 2003, a été complétée par deux autres entretiens.

Ce travail est exclusivement centré sur les personnes ne présentant pas de pathologie mentale et ne prendra donc pas en compte le cas particulier des sujets psychotiques. Dans ce cas, la tentative de suicide est un élément d'un syndrome reconnu et qu'il faudra traiter. Néanmoins, la mortalité par suicide est importante chez les personnes souffrant de maladies psychiatriques, notamment de troubles bipolaire et de schizophrénie. La recherche d'une

pathologie mentale doit donc être un élément indispensable de la prise en charge[1]. Si une pathologie psychiatrique s'avérait présente ou suspectée et si le consentement du sujet n'était pas recevable ou fiable, une mesure d'hospitalisation sous contrainte s'imposerait[2]. Nous n'évoquerons pas les spécificités de la prise en charge des patients hospitalisés à la demande d'un tiers ou d'office. Ces restrictions du cadre de recherche nous paraissent indispensables afin d'être cohérent avec les critères d'admission de l'unité E.S.P.A.C.E.

A. Approche théorique

1. Entre l'enfant et l'adulte

a. Étude multidimensionnelle de l'adolescence et de ses limites

Tout d'abord, nous pouvons nous demander, notamment devant le cas de Julien, si nous sommes encore face à un adolescent et ce que nous entendons par ce terme ?

« Adolescent » vient du latin *adolescens* qui signifie « en train de grandir ». Au cours des siècles, ses limites n'ont eu de cesse d'évoluer, ainsi « franchissant allègrement la trentaine sous César, il est encore à la mamelle au temps de Marot »[3]. Aujourd'hui, c'est une période aux contours encore mal définis, marquant le passage de l'enfance à l'âge adulte.

Juridique

Du point de vue légal, elle prend fin à la majorité du fait de la reconnaissance par la société d'une responsabilité juridique et pénale et l'acquisition de droits et de devoirs civiques. Cependant, aujourd'hui, nous voyons bien que cette limite est questionnée. La

[1] J.M. Vanelle, « Crise suicidaire et pathologie mentale », dans *Conférence de consensus : La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, du 19 au 20 octobre 2000 à Paris*, article consultable sur www.psydoc-fr.broca.inserm.fr

[2] M. Benoit, « Place de l'hospitalisation sous contrainte dans la crise suicidaire. Utilisation de la loi du 27 juin 1990 », dans *Conférence de consensus : La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, op. cit.*

[3] P. Huerre, M. Pagan Reymond et J.M. Reymond, *L'Adolescence n'existe pas*, Paris, Éditions Universitaires, 1990, p.32

société réfléchit aux peines et à leurs dimensions punitives ou éducatives, à infliger aux mineurs que certains disent de plus en plus violents ou en manque de repères.

Physiologique

D'un point de vue physiologique, nous pouvons assimiler l'adolescence à la puberté. Correspondant à la seconde poussée sexuelle, après celle de la phase œdipienne, elle annonce la maturité sexuelle. Elle se manifeste par l'apparition des premières règles chez la jeune fille (entre 12 et 13 ans), par les premières éjaculations chez le jeune garçon (entre 13 et 14 ans)[1]. La capacité pour l'adolescent d'avoir des rapports sexuels signifie l'aptitude à « la réalisation de ses désirs, alors que l'enfant était protégé du risque lié à ses désirs par son impuissance physique, qui était blessante d'un certain côté mais d'un autre côté protectrice »[2]. Une personne serait donc physiologiquement adulte à partir du moment où elle serait capable de donner la vie. Ainsi, selon Kant, « le corps de l'enfant devient apte à la reproduction, et il devient robuste, si bien qu'il peut travailler pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille »[3]. Cependant, nous vivons aujourd'hui dans un monde où, plus que le corps, c'est l'intelligence qui constitue un facteur d'adaptation, car comme le faisait remarquer Einstein : « je crains que nous n'ayons bâti un monde pour lequel notre biologie n'est pas faite »[4].

Sociologique

L'adolescence apparaît, par de nombreux aspects, liée à la culture. Dans la quasi-totalité des sociétés dites primitives, elle se réduit à des rites initiatiques se caractérisant par[5] :

- la séparation brutale de l'individu d'avec le monde de son enfance dans un processus de séparation et d'individuation ;
- l'exigence d'une identité sexuelle unique, sans équivoque ;
- la dimension d'épreuve dont l'individu doit sortir vainqueur et fortifié, qui participe à la formation du sujet, validant ainsi sa capacité à dépasser des obstacles.

---

[1] M. Fize, *Les Adolescents*, Paris, Le Cavalier bleu, collection Idées Reçues, 2002, p.31
[2] Ph. Jeammet, « Libertés internes et libertés externes, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence », *1789-1989 : l'enfant, l'adolescent et les libertés*, Rennes, Actes de l'École Nationale de Santé Publique, 1990, p.15-40
[3] Ph. Quesne, « Adolescent », *Dictionnaire culturel en langue française*, Paris, Dictionnaire Le Robert, 2005, p.108
[4] *Ibid.*, p.109
[5] M. Fize, *op. cit.*, p.31

Dans notre modèle sociétal, les rites initiatiques ont disparu, substitués par une multitude de pseudo-rites improvisés. Dans son ouvrage sur les conduites à risque (voir *infra* : A.2.b : Les conduites à risque), D. Le Breton assimile les épreuves que les jeunes s'infligent en mettant en jeu leur intégrité physique à des « des ritualisations sauvages » où le corps est « un objet transitionnel projeté durement dans le monde pour continuer un chemin lourd de désarroi »[1]. Ce qu'il a gagné en liberté potentielle, par rapport à ses aïeux, l'adolescent moderne le paie en ayant à trouver son chemin au sein d'un champ de possibles aux limites devenues floues et extensibles. Par des actes impulsifs, le sujet « qui puise dans la souffrance de ne pas trouver de signification à son existence »[2], entretient une relation ambiguë avec la mort.

Le temps de l'adolescence ne cesse de s'accroître, devenant ainsi un marché à part entière, et le modèle d'une société toujours plus avide de jeunesse et de changement. Associé à une absence de fonction sociale propre et au relâchement des liens familiaux, nous comprenons alors l'émergence d'incertitudes, d'angoisses, de souffrances chez certains jeunes en manque de repères. L'éclatement des systèmes symboliques, s'il peut être une forme de liberté pour celui qui sait affronter les obstacles, est pour les autres une source d'angoisse. Car ce changement du cadre social, marqué par « une libéralisation des mœurs et une possibilité de satisfaction pulsionnelle de l'ordre sexuel et de l'ordre de l'agressivité beaucoup plus grande »[3] est accompagné d'une augmentation des pressions sociales et l'incertitude quand à leur capacité de faire face à des exigences accrues. Tenaillés entre l'impératif sociale d'être autonome et la peur de se retrouver sans appui, les adolescents ne sont déjà plus des enfants et pas encore des adultes. Or l'absence d'étayage les laissent errant entre ses deux mondes.

Psychologique

Sur le plan psychodynamique, l'adolescence se caractérise par un renoncement à l'enfance, donc à une certaine forme de plénitude. Le jeune se trouve alors à la recherche de l'essence de sa personne. Ceci suppose des réaménagements, des tensions, des conflits, d'où la notion de crise à l'adolescence. C'est la période où il réoriente sa conception de la vie et où il s'affirme, parfois contre ses parents, selon cette injonction paradoxale : « Tu dois être indépendant et pour être indépendant tu dois te reconnaître dépendant de tes parents et

[1] D. Le Breton, *Conduites à risques*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002, p.62
[2] *Ibid.*, p.115
[3] Ph. Jeammet, « Libertés internes et libertés externes, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence », art. cit.

accepter de recevoir d'eux ce qui te permettra d'être toi-même »[1]. Cette période se définit donc par une phase de reconstruction affective, un processus d'individualisation et de métabolisation des transformations physiologiques et psychologiques liées à l'intégration d'un corps sexué[2]. L'adolescence est donc un temps de changements, ceux-ci sont sous-tendus par :

- la reviviscence du mouvement séparation/individuation de la petite enfance ;
- la réactivation du conflit œdipien ;
- la déliaison d'avec les images parentales infantiles ;
- la reliaison avec de nouveaux objets libidinaux ;
- les rapports défensifs à un nouvel idéal du moi et aux pulsions pour établir un nouvel équilibre narcissique[3] (voir *infra* : A.1.b. La recherche d'une identité).

L'adolescence est une période de suspension où les anciens repères ont disparu tandis que les nouveaux ne sont pas encore instaurés. Si ce statut reste flou, c'est peut-être pour cela que l'adolescence est souvent définie par ses difficultés. Pour résoudre cette crise identitaire, l'individu doit selon E. Erikson[4] :

- faire le deuil de ses anciens objets d'amour, la violence de l'abandon ;
- intérioriser un certain nombre de traits de ses parents qui deviendront les siens, la violence de l'incorporation ;
- choisir entre une identification paternelle ou maternelle, l'oscillation bisexuelle.

La jeunesse, par les réponses qu'elle donne à ses questions, est multiple : elle est différente à la fois dans son apparence mais aussi dans ses limites. La fin de l'adolescence est donc difficile à préciser, d'autant que de nombreuses personnes travaillent d'une manière prolongée à leur individuation. Si son terme est marqué pour certain par un sentiment de satisfaction, lorsqu'ils ont eu le sentiment d'une avancée professionnelle, sociale et affective, inversement, pour d'autres, la déception peut rester le sentiment prédominant laissé par cet âge de la vie. Une grande difficulté à sortir de l'adolescence et des conduites pathologiques peuvent alors être la conséquence de cette déception ressentie au terme du cheminement psychologique.

---

[1] P. Chauvelon, *Adolescence*, cours du 8 septembre 2001, IFSI de Nantes
[2] R. Doron et F. Parot, *Dictionnaire de psychologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1991, p.13
[3] *Ibid.*
[4] E. Erikson, *Adolescence et crise : la quête de l'identité*, 1968, cité par P. Chauvelon, voir *supra*

b. La recherche d'une identité

La construction narcissique

La vie du jeune adulte consiste à consolider l'identité de son Moi, ce qui suppose un engagement dans divers secteurs de sa vie. Cette étape de transition constitue ainsi ce que nous pouvons nommer un « moratoire psychosocial »[1]. La tentative de suicide pose donc la question de l'échec de cette consolidation de l'identité et au-delà, de l'investissement d'une image de soi qui puisse être valorisante. Car, c'est grâce à la création d'assises narcissiques que nous trouvons le juste équilibre entre la capacité à être seul et l'autonomie[2] ; or l'acte suicidaire est par définition « antinarcissique »[3].

Pour Freud, le narcissisme est « l'état dans lequel le Moi garde la libido auprès de lui-même, nous l'appelons narcissisme, en souvenir de la légende grecque de l'adolescent Narcisse, resté amoureux de sa propre image en miroir »[4], la libido étant « la force par laquelle la pulsion sexuelle se manifeste dans la vie psychique »[5].

Les évènements traumatisants de la vie du sujet font écho à ceux de son passé et donc à son enfance. Lacan décrit l'avènement du narcissisme dans le stade du miroir : l'enfant, en se reconnaissant dans son reflet, accède à la captation de « son image spéculaire »[6], c'est à dire de son Moi idéal.

D'un point de vue intrasubjectif, la vision de ce semblable constitue la première identification, support de toutes les identifications ultérieures. Cette antériorité lui confère une position déterminante dans la construction de l'identité : elle forme le rapport fondamentalement narcissique du sujet à son Moi.

D'un point de vue intersubjectif, la fonction de ce stade est d'établir une relation entre l'enfant et sa réalité extérieure. Le sujet voit son reflet, dans un premier temps, comme un étranger : « le Moi est [donc] originellement un autre »[7]. Cette relation duelle avec ce

---

[1] J. Guindon, *Vers l'autonomie psychique*, Paris, Éditions Fleuros, 1982, p.12
[2] C. Porcher, *Entre l'idéation et le passage à l'acte : la place du corps chez l'adolescent*, mémoire présenté pour le D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », 1999, p.18
[3] X. Pommereau, *op. cit.*, p.67
[4] S. Freud, « Une difficulté de la psychanalyse », *L'Inquiétante Étrangeté et autres essais*, Paris, Folio/Essai, 1985, p.180
[5] *Ibid.*, p.178
[6] J. Lacan, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p.97
[7] J.P. Dumont, P. Dunezat, M. Le Dez Alexandre et J. Prouf, *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, t.2, Thoiry, Éditions Heures de France, 1995, p.38

semblable, « un autre qui soit moi »[1], est sous-tendue à la fois par un attrait érotique et par une tension agressive. Lacan définit le stade du miroir comme un drame interne de la structuration mentale de l'individu par l'identification à une image aliénante : « ainsi la rupture du cercle de *l'Innenwelt* à *l'Umwelt* engendre-t-elle la quadrature inépuisable des recollement du Moi[2]».

Pour D.W. Winnicott, la capacité à être seul est corrélée directement à l'intégration par l'enfant d'objet interne, ce qui lui permet de suppléer l'absence de la mère[3]. Cet objet transitionnel désigne un objet matériel (ours en peluche, coin de couverture…) qui permet à l'enfant d'effectuer la première étape du processus d'individuation[4], entre 4 et 6 mois, et donc la distinction dedans/dehors. Nous désignons par le terme relation d'objet l'ensemble des relations mutuelles qu'un sujet entretient avec son entourage à un niveau essentiellement fantasmatique.

Un « narcissisme fort » permet la recherche sans relâche d'un objet d'amour, tandis qu'un « narcissisme faible » ne peut s'attacher à un objet[5]. Cette rigidité du mécanisme est lié à une défaillance ancienne d'un objet d'amour, le sujet désavoue alors le besoin de lien libidinal avec un objet par peur de la souffrance d'être de nouveau déçu ou abandonné.

Les processus de séparation et d'individuation

La problématique adolescente, avec les remaniements de l'identité qu'elle crée, va entrer en résonance avec les fondements narcissiques du jeune adulte. En outre, le passage à l'âge adulte, par le rappel du processus de séparation et d'individuation de la petite enfance, entraînera la « reviviscence des éprouvés anciens de perte d'objet »[6] et donc réactivera les angoisses et le sentiment d'insécurité qui peut y être rattaché.

Le paradoxe fondamental de l'adolescent est, pour Ph. Jeammet, qu'il doit accepter de se laisser « profondément [...] imprégner par les autres »[7] pour acquérir une liberté intérieure. Ce sont les rencontres et les relations interpersonnelles qui nourrissent sa personnalité :

[1] *Ibid*., p.38
[2] J. Lacan, *op. cit.*
[3] C. Porcher, *op. cit.*, p.19
[4] J.P. Dumont, P. Dunezat, M. Le Dez Alexandre et J. Prouf, *op. cit.*, p.32-33
[5] M. Amar, *Le Suicide : chez l'enfant et l'adolescent*, cours du 2 mars 2007, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Nantes
[6] C. Porcher, *op.cit.* , p.24
[7] Ph. Jeammet, « Libertés internes et libertés externes, importance et spécifité de leur articulation à l'adolescence », art. cit.

« l'individu est lui-même quand il est plein d'autrui[1] ». Pour que ces processus d'identification ne soient pas aliénants, il est donc nécessaire que l'individu ait acquis des assises narcissiques suffisantes pour résister au caractère inévitablement frustrant des objets d'amour[2]. Le narcissisme de l'enfant est donc le résultat de ses expérimentations qui lui permettent de se définir progressivement comme « individu, sujet autonome, différencié de son entourage »[3]. Cette première étape de la différenciation se traduit par « un sentiment d'unité et de continuité, un vécu de permanence et d'appartenance à soi ». Ce préalable rend possible « le sentiment de sécurité interne puis plus tard l'estime de soi et la confiance en soi et pour une bonne part le sentiment d'identité ». Ayant acquis ces bases, l'adolescent pourra donc se nourrir de la relation aux autres, notamment aux adultes, pour se différencier et s'affirmer comme individu. Dans le cas contraire, il est amené à aménager des conduites défensives qui peuvent avoir des formes et des intensités très différentes. La séparation n'est plus synonyme d'autonomisation mais d'une perte[4] qui renvoie à l'adolescent sa dépendance insupportable à l'adulte. Ces comportements, fruits de la frustration, ont souvent comme point commun de se situer dans l'agir et dans un retour narcissique de la libido sur le corps, que ce soit par l'addiction à un néo-objet (toxicomanie, alcoolisme, troubles des conduites alimentaires, scarification...) ou par des tentatives de suicide[5]. L'adolescent peut également chercher dans le groupe son Moi idéal, l'illusion de la toute-puissance infantile, en restaurant l'estime de soi par des fantasmes mégalomaniaques. Le groupe de jeunes représente alors « la convergences des "Idéals du Moi" individuels »[6].

---

[1] *Ibid.*
[2] M. Amar, voir *infra.*
[3] Ph. Jeammet, « La dynamique de la personnalité », *La justice des mineurs : l'enfant vu par le psychologue et le droit*, actes des séminaires de l'Institut des Hautes Études sur la Justice, Paris, Éditions Bruylant LGDJ, 1995, p.65-94, ainsi que les citations suivantes.
[4] Ph. Jeammet, « Les Vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1994, 42, 8-9, p.395-402
[5] M. Amar, voir *infra.*
[6] Ph. Jeammet, « La dynamique de la personnalité », art. cit.

Conclusion : limites floues et ambiguïté

Dans *À l'ombre des jeunes filles en fleurs*, Proust écrit que « l'adolescence est le seul temps où l'on ait appris quelque chose ». Pour metaphoriser cet apprentissage, Dolto utilise l'image du homard qui doit au cours de sa croissance abandonner son ancienne carapace devenue trop petite, restant sans défense et à la portée d'un congre prêt à le dévorer : « notre congre à nous c'est tout ce qui nous menace à l'intérieur de soi et à l'extérieur, et à quoi bien souvent on ne pense pas[1]». L'adolescence, par ses changements et les ajustements qui en découlent, est souvent génératrice de souffrance, bien que ce soit également un temps plein de force et de potentialités. L'adaptation aux nouvelles exigences et la capacité à se saisir des libertés est liée aux assises narcissiques que l'adolescent aura construites dans son enfance. Ce sentiment de sécurité interne, s'il existe, permet au jeune de pouvoir se situer dans une nouvelle distance relationnelle avec l'adulte. L'adolescence, au travers des processus de séparation et d'individuation, est donc « le révélateur de la qualité des acquis de l'enfance »[2]. En conséquence, cette période se définit par son ambiguïté, comme l'émergence d'une nouvelle existence aux formes encore indécises, attendue avec un mélange d'impatience et d'anxiété. L'adolescence n'est donc pas un statut figé mais un mouvement aux limites indéterminées. Il paraît alors difficile de décider : Julien est-il encore un adolescent ? Il semble se situer dans une problématique d'adolescent par son incapacité à se séparer de ses parents, sa difficulté à accéder à une autonomie et ses conduites à risque, ceci malgré son âge avancé. Face à cette difficulté à trouver « le mot juste » de nouvelles terminologie ont donc été créée comme « jeune adulte » ou « adulescent ». Ce dernier terme, inventé par le psychanalyste Tony Anatrella, qualifie des jeunes et des adultes qui se comportent encore comme des adolescents. Car le plus dur dans l'adolescence, c'est peut être de quitter le temps de tous les possibles pour devenir adulte.

[1] F. Dolto et C. Dolto Tolitch, *Paroles pour adolescents ou le complexe du homard*, Paris, Hatier, 1989, p.17
[2] Ph. Jeammet,« La dynamique de la personnalité », art. cit.

2. Le suicide

a. Histoire et culture du suicide

Les récits évoquant des cas de suicide existent dès l'Antiquité. Ainsi, Brutus et Cassius se suicident pour éviter d'être emprisonnés et réduits en esclavage après la défaite de la bataille des Philippes. Cléopâtre se donne la mort peu après le suicide d'Antoine (voir ci-contre). Ajax, après un accès de folie, lorsqu'on lui refuse le legs des armes d'Achille, égorge un troupeau de moutons, croyant se battre contre les grecs ; pris de remord, il se tue en se jetant sur son épée plongée dans le sable. Cependant, le suicide est dès l'Antiquité lié à la morale et à la religion. Ainsi, Platon, dans le *Phédon*, prête à Socrate qui va boire la ciguë les paroles suivantes : « Il ne faut pas se donner la mort avant qu'un dieu ne nous ait envoyé quelques signes inéluctables, pareil à celui qui, maintenant, pour nous, est là »[1]. Dans le cas contraire, celui qui met fin à ses jours se montre lâche et égoïste, puisque qu'il est incapable de faire face aux difficultés de la vie et qu'il ne se rend pas compte de la peine qu'il inflige aux autres :

The Death of Cleopatra, Reginald Arthur 1892, Roy Miles gallery, Londres

> « Homme de rien du tout que celui aux yeux de qui nombreuses sont les bonnes raisons de quitter la vie »
>
> Epicure, *Sentences vaticanes n°38*

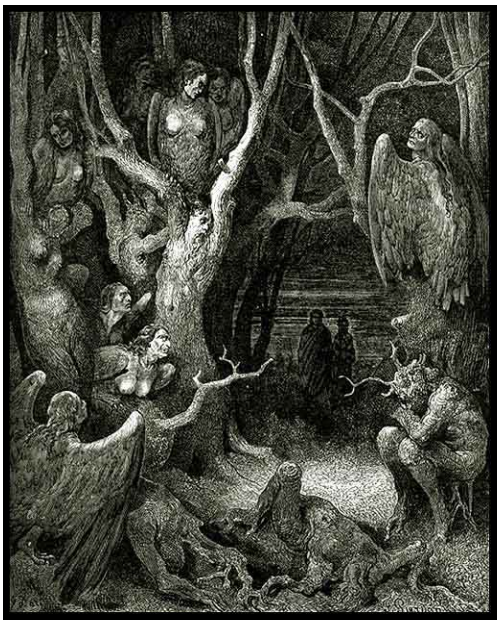
Le terme suicide vient du latin *sui* (de soi) et *caedes* (meurtre). Ce terme remplace l'ancienne formulation « mort volontaire ». Apparu en Europe en 1642, Sir Thomas Browne a été le premier à l'employer dans son *Religio medici*. Sa première utilisation en français remonte à 1734, dans l'article de l'abbé Desfontaines, dans sa *Réflexion sur le suicide*, un

[1] A. Milanese, « Suicide », *Dictionnaire culturel en langue française*, Paris, Dictionnaire Le Robert, 2005, p.1071, ainsi que les citations suivantes.

compte rendu de la lecture de *The English Malady or treatise of nervous diseases of all kinds* de G. Cheyne (1733), dans l'ouvrage périodique *Le Pour et le Contre.*

De la fin de l'Antiquité gréco-latine jusqu'au XVIIIe siècle, le suicide est un crime[1], mais aussi un péché comme le montre cet extrait de *La Divine Comédie* de Dante :

> « Alors mon triste cœur, choisissant le dédain,
> évita le dédain des autres par la mort,
> et fut, quoique innocent, coupable envers lui-même.[2] »



Les Harpies dans la forêt des suicides, Gustave Doré, 1861

Dans cet ouvrage, les suicidés étaient condamnés à être éternellement harcelés par les Harpies, leur corps incrusté dans un arbre (voir ci-contre). Nous retrouvons peu de suicide dans la Bible, exception faite du cas particulier des martyrs ou de fautifs comme Saül et Judas. Ce dernier, après avoir trahi Jésus sur le Mont des Oliviers, se suicide par pendaison et éventration. À la fin du VIe siècle, pour saint Augustin, le suicide constitue un déni de l'être chrétien par l'abandon de la vertu princeps qu'est l'espérance. Le christianisme évolue ensuite vers une condamnation ferme du suicide. Au XIIIe siècle, saint Thomas d'Aquin considère le suicide comme un péché mortel contre soi et contre Dieu. Cet interdit ce retrouve dans le judaïsme. Dans le Décalogue, à la base de ces deux religions, le suicide est proscrit par le commandement « tu ne tueras point ». L'islam condamne toutes les atteintes que l'on porte soi-même contre son corps et l'on ne peut choisir de se tuer puisque la date de sa mort est un choix divin. En Asie, il existe des formes de suicide ritualisé : les *jauhâr* et *sati* indiens. Le *Seppuku* japonais, action de s'éventrer, cette cérémonie rituelle shintoïste issue du bushido, est considéré comme une forme de mort honorable face à des situations honteuses ou sans espoir :

> « Ils avaient héroïquement péri en retournant leur sabre contre eux-mêmes.[3] »

En France, jusqu'à la Révolution, il n'existe pas de règles communes concernant le suicide mais un ensemble de droits locaux qui pour la plupart tendaient à rejeter le suicidé

---

[1] J.B. Garré, *Suicide et iconographie,* cours du 19 décembre 2006, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Angers
[2] Dante, *La Divine Comédie,* Paris, Éditions Rencontre Lausanne, 1968, p.107
[3] Y. Mishima, « Neige de Printemps », *La Mer de la fertilité,* Paris, Quarto Gallimard, 2004, p.457

hors de la communauté chrétienne[1]. Cette conception rendait nécessaire, pour les autorités, une condamnation ferme du suicide, le corps du suicidé pouvait ainsi être écartelé ou privé d'enterrement religieux. Ces peines avaient une vocation dissuasive. Ainsi, si le suicide était avéré, la descendance pouvait être privée d'héritage.

À partir du XVIe siècle, dans certains textes, notamment dans un bref passage des *Essais* de Montaigne, nous voyons apparaître l'idée que le suicide est un moyen d'échapper à la souffrance. Cette idée se renforce au XVIIe siècle, Doone, dans *Plaidoyer pour le suicide* (1610, ouvrage posthume), reprend de Cicéron l'idée qu'il faut privilégier la cas particulier sur la règle. Nous pouvons également citer Button qui, dans son traité *Mélancholie, maladie des humeurs* (1621), définit le mélancolique comme malade et donc ne pouvant être condamné de son suicide[2]. Dans cette continuité et dans celle des philosophes des Lumières, la Révolution vient concrétiser ces évolutions idéologiques. Ainsi en 1808, le suicide n'apparaît pas dans le Code pénal. Pour que le suicide s'affirme comme un fait social et/ou psychologique, il faut attendre le XIXe siècle[3]. Le suicide commence alors à échapper à la condamnation du christianisme et est étudié comme un symptôme. Ainsi pour Durkheim (*Le Suicide*, 1897), le suicide est lié au mal-être social. Mais ce symptôme peut être également psychologique, pour Esquirol « l'homme n'attente à ses jours que dans le délire » (*Les Maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*, 1838).

Actuellement, le suicide ne peut pas être considéré comme une liberté civile absolue[4]. La loi interdit l'incitation ou la provocation au suicide (art. 223.13 du Code pénal) et l'aide au suicide est assimilée à la non-assistance à une personne en danger (art. 223.6 du Code pénal). En matière d'assurance, une assurance sur la vie peut être caduque en cas de suicide dans les deux années qui suivent sa souscription (art. L. 123.7 du Code des assurances). Les professionnels de santé sont également parfois mis en cause, notamment dans le cas des suicides ayant lieu au sein de l'hôpital.

---

[1] A. Caubet, *Histoire du suicide*, cours du 19 avril 2007, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Rennes
[2] *Ibid.*
[3] E. Roudinesco et M. Plon, *Dictionnaire de psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, p.1023
[4] M. Le Dez, *Aspects médico-légaux du suicide*, cours du 20 avril 2007, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Rennes

b. Définitions

L'idéation suicidaire, la tentative de suicide et le suicide

Il existe de nombreuses définitions du suicide et de la tentative de suicide. Nous pouvons néanmoins, au delà de toutes ces définitions, insister sur les éléments décrits par X. Pommereau :

> « L'acte suicidaire se définit, *strico sensu*, comme l'expression d'une volonté délibérée de mettre fin à ses jours. Son issue est ou non fatale, ce qui conduit à distinguer le suicide abouti – acte par lequel son auteur devient, à titre posthume, un *suicidé* –, la tentative de suicide (TS) – acte non mortel faisant du rescapé un suicidant – et le projet d'en finir avec la vie qui oblige à dénommer *suicidaire* le sujet animé d'une telle idéation. Le caractère intentionnel attaché à ces actes ou à ces pensées les sépare, au moins en théorie, de ce que le langage courant interprète comme « suicidaire », à savoir toute prise de risque inconsidérée susceptible de mettre la vie du sujet en jeu à court ou moyen terme (tabagisme, alcoolisme, autres toxicomanies, pratiques dangereuses...). L'acte suicidaire suppose une détermination à se donner la mort, résolution qui allie la volonté à l'immédiateté et dont l'objectif avoué apparaît d'ailleurs dans la formulation du mot suicide [...].[1] »

Nous voyons clairement à travers cet extrait que dans toutes définitions du suicide « l'intention de mourir est certainement un élément clef »[2]. Or l'intentionnalité suicidaire est un élément difficilement mesurable. Il est important de noter qu'elle ne constitue, en aucune manière, un facteur de létalité[3] contrairement à un préjugé fort répandu :

> « Si on choisit de mourir d'un coup et sans salut possible – d'un coup de revolver [...] – alors on peut attester le courage du suicide. Mais quand on a recours à une corde que les autres peuvent couper, à un poison ordinaire qu'un médecin peut faire évacuer [...] – c'est une tentative à laquelle le suicidé est heureux de réchapper »
>
> Kant, *Anthropologie du point de vue pragmatique*, Première partie, livre III[4]

En effet, les comportements suicidaires possèdent souvent, heureusement, une part d'ambivalence. Il semble donc réducteur de croire que là où les suicidés sont courageux, les suicidants sont lâches. Ce jugement que nous portons renvoie à la question du sens que nous donnons au suicide.

---

[1] X. Pommereau, *op. cit.*, p.27
[2] *Rapport mondial sur la violence et la santé*, chapitre 7 : « la violence dirigé contre soi-même », consultable sur www.who.int
[3] *Ibid.*
[4] Citation tirée de l'article d'A. Milanese, « Suicide », art. cit., p.1069

> « Il n'y a qu'un problème véritablement sérieux : c'est le *suicide*. Juger que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécu, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie ».
>
> Camus, *Le Mythe de Sisyphe*, « L'Absurde et le suicide »[1]

Aussi certains ont voulu voir, dans le suicide, l'acte d'une ultime liberté, celle de décider de mettre fin à sa vie. Cependant, celui qui se suicide le fait rarement par choix mais plutôt par absence de choix, l'idéation suicidaire vient comme seule réponse au mal-être :

> « Le suicide, seule issue à de telles angoisses... Un suicide sans préméditation, presque sans consentement, simplement pour échapper, n'importe comment, avant qu'elle ait atteint son paroxysme, à cette souffrance dont l'étau se resserre! »
>
> Martin du Gars, *Les Thibault*[2]

Certaines études, à l'aide de l'Échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck, ont tenté de repérer les signes d'un comportement suicidaire, mais leur impact est peu établi[3]. Toutefois, nous pouvons noter que dans une étude longitudinale américaine sur dix ans, le sentiment de désespoir apparaît comme un prédicteur majeur d'un risque suicidaire[4]. Dans cette étude menée par Beck, l'absence de perspective d'avenir, cotée par l'Échelle de désespoir (voir annexe 1), se retrouve comme un trait commun chez 91% des suicidés[5]. Nous retrouvons cette idée dans l'ouvrage de E. Minkowsky, *Le Temps vécu*[6], qui décrit la dépression comme une maladie du temps. Le futur ne représente rien pour le sujet, il ne peut ni désirer ni agir ; il se retrouve dans un décalage entre le temps de l'âme et le temps du monde qui l'entoure. Pris dans un éternel retour de l'identique, il ne peut exister au présent, c'est à dire exister « au devant de soi-même, en dehors de soi, avec les autres »[7]. C'est dans ce sens qu'Heidegger définit le temps comme le « hors de soi originel » et l'existence comme une ouverture aux modalité du possible. La souffrance psychique n'est donc que plus grande si le sujet est privé de cette ouverture. C'est ainsi que Tellebach peut affirmer que le temps du souffrir est sans échéance et que le sujet incapable de se projeter dans l'avenir reste dans un présent privé d'horizon. Mais alors pourquoi la souffrance ne se conclut-elle pas invariablement par le suicide ? L'explication proposée par Binswanger est que le sujet voit une ouverture dans la souffrance : l'attente que quelque chose pourrait arriver qui rende la vie possible. Cette attente

---

[1] *Ibid.*
[2] « Le Suicide », article tiré du *Trésor de la langue française*, consultable sur www.altif.altif.fr
[3] M. Benoit, « Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de crise suicidaire ? », Conférence de consensus : *La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, op. cit.*
[4] AT. Beck *et al.*, « Hopelessness and eventual suicide : a 10-year prospective study of patient hospitalized with suicidal ideation », *American Journal of Psychiatry*, 142, 1985, p.559-563
[5] M. Benoit, art. cit.
[6] E. Minkowsky, *Le Temps vécu : Étude phénoménologique et psychopathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007
[7] J. Poree, *La Souffrance dépressive : description phénoménologique*, cours du 19 avril 2007, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Rennes, ainsi que les citations suivantes.

sans objet, contrairement au projet, maintient le sujet dans l'expectative, comme une espérance, c'est à dire l'espoir de pouvoir de nouveau espérer. Cette aspiration situe le sujet dans la relation à l'autre.

La crise suicidaire

Le terme de crise s'est introduit en psychiatrie par analogie avec le sens médical : la période de crise correspond à « un moment d'échappement où le patient présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, le mettant en situation de rupture, de souffrance, laquelle n'est pas obligatoirement théâtrale ou bruyante au contraire, certains l'ayant même vécu comme un moment fécond de leur vie »[1].

La crise suicidaire se compose de trois états distincts :

- l'état d'équilibre du sujet face aux évènements stressants de la vie courante, maintenu par un ensemble de mécanismes défensifs et comportementaux ;
- l'état de vulnérabilité qui survient par une rupture de l'équilibre par des évènements importants (deuil, perte d'emploi...) ou la survenue de facteurs déstabilisants (maladie somatique ou psychiatrique...) qui peuvent rendre les mécanismes de défenses inopérants de manière temporaire ou définitive ;
- l'état de crise, qui est « une période de déséquilibre intense »[2].

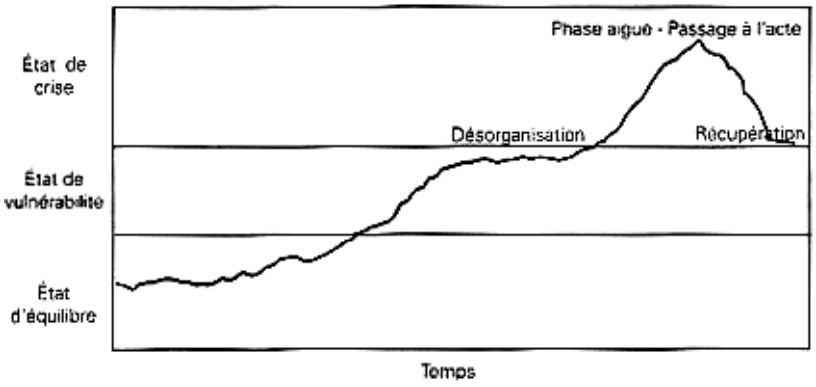


Figure 1 : Évolution de l'état psychologique d'une personne en état de crise suicidaire[3]

[1] P. Moron, « La Crise suicidaire », Conférence de consensus : *La Crise suicidaire reconnaître et prendre en charge, op. cit.*
[2] M. Seguin, « Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ? Place de la prise en charge psychologique », Conférence de consensus : *La Crise suicidaire reconnaître et prendre en charge, op. cit.*
[3] *Ibid.*

L'état de crise peut se subdiviser schématiquement en trois temps distincts : « une période de désorganisation qui culmine jusqu'à une phase aiguë avant de se conclure par une phase de récupération[1] ». C'est lors de la phase aiguë que peut survenir le passage à l'acte et notamment la tentative de suicide. Cette période peut durer de six à huit semaines[2] et entraînera chez l'individu, de manière consciente ou inconsciente, des tentatives de solutions plus ou mois adaptées pour retrouver un équilibre. Ces solutions peuvent, si elles s'avèrent adéquates, « représenter une occasion de croissance personnelle et constituer une valeur positive dans le développement de la personne »[3], mais elles peuvent également s'avérer néfastes à long terme (alcoolisme, toxicomanie...). Nous pouvons représenter la crise suicidaire selon un processus suivant différentes étapes :

- la recherche de stratégies ou de solutions de crise ;
- l'apparition des idées suicidaires ;
- la rumination de l'idée suicidaire ;
- la cristallisation et la planification d'un scénario suicidaire ;
- l'élément déclencheur et le passage à l'acte.

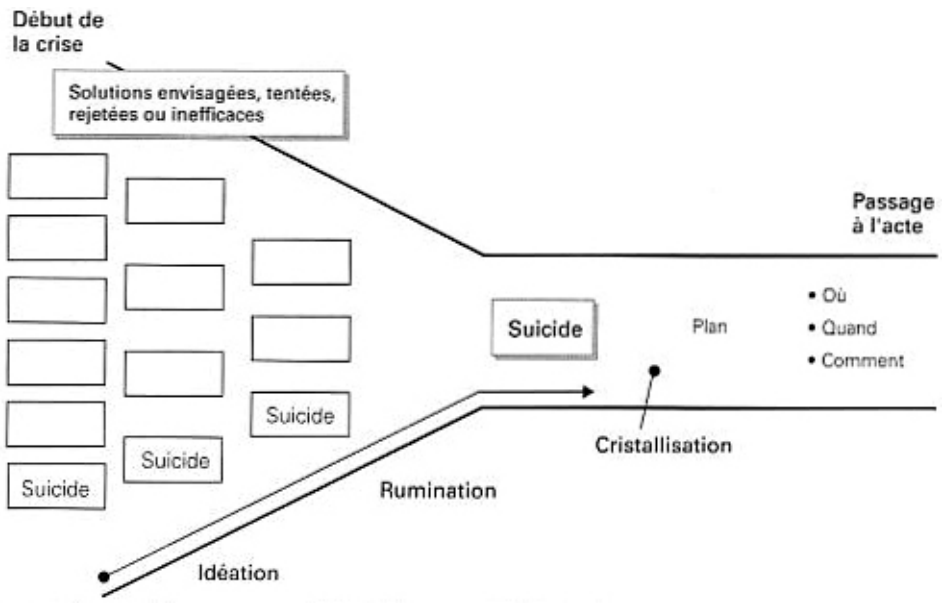


Figure 2 : Schéma du processus suicidaire[4]

[1] *Ibid.*
[2] JM. Messick et DC. Aguilera, *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie*, , 2nde édition, Saint-Louis, Missouri, Mosby, 1976
[3] M. Seguin, voir *supra*, ainsi que les citations suivantes.
[4] M. Seguin, « Quelles sont les meilleures modalités d'intervention selon l'imminence du passage à l'acte ? », Conférence de consensus : *La Crise suicidaire reconnaître et prendre en charge, op. cit.*

Lorsque des intentions suicidaires sont présentes ou suspectées, nous pouvons apprécier le potentiel suicidaire par une triples évaluation :

- du risque suicidaire, par les facteurs prédisposants qui augmentent le risque soit de tentative de suicide soit de suicide ;

Tableau 1 : Facteurs de risques associés aux tentatives de suicide[1]

Les facteurs individuels	Les facteurs familiaux	Les facteurs psychosociaux
⇨Antécédents suicidaires de l'individu ⇨Présence de problème de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de la personnalité, etc.) ⇨Pauvre estime de soi ⇨Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité) ⇨Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.)	⇨Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu ⇨Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu ⇨Pertes et abandons précoces ⇨Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents de l'individu ⇨Négligence de la part des parents ⇨Présence de conflits conjugaux majeurs ⇨Comportement suicidaires de la part de l'un ou des parents ⇨Problème de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents	⇨Présence de difficulté économiques persistantes ⇨Isolement social et affectif de l'individu ⇨Séparation et perte récente de lien importants, deuil ⇨Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, traitement discriminatoire ⇨Difficultés académiques ou professionnelles ⇨Effet de contagion (endeuillé à la suite d'un suicide) ⇨Difficulté avec la loi ⇨Présence de problèmes d'intégration sociale

- de l'urgence du passage à l'acte, c'est-à-dire la probabilité de l'imminence de la conduite suicidaire

Tableau 2 : Évaluation de l'urgence suicidaire[2]

Une personne est considérée en urgence faible lorsqu'elle :	Une personne est considérée en urgence moyenne si :	Une personne est considérée en urgence élevée si :
⇨Désire parler et qu'elle recherche la communication ⇨Cherche des solutions à ses problèmes ⇨Pense au suicide, mais n'a pas de scénario suicidaire précis ⇨Maintient des projets réels pour les prochains jours ⇨Pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ⇨N'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante	⇨Son équilibre émotif est fragile ⇨Elle envisage le suicide et son intention est claire ⇨Elle a envisagé un scénario suicidaire, mais son exécution est reportée ⇨Elle ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ⇨Elle a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi	⇨Elle est décidée, sa planification est claire (où, quand, comment) et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ⇨Elle est coupée de ses émotions, elle rationalise sa décision ou , au contraire, elle est très émotive ⇨Elle se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, elle se trouve dans un état de grande agitation ⇨La douleur ou l'expression de sa souffrance sont omniprésents ou complètements tues ⇨Elle a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc. ⇨Elle a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé

[1] M. Seguin, « Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ? Place de la prise en charge psychologique », *op. cit.*
[2] *Ibid.*

- du danger entraîné par le scénario suicidaire, soit la létalité du moyen envisagé.

Cette évaluation ne peut se faire qu'au travers d'un questionnement direct et précis du patient concernant son intentionnalité suicidaire et son *modus operandi.*

Les conduites à risque

Les conduites à risque posent question sur les limites de la crise suicidaire. Pour D. Le Breton, la « passion du vertige »[1] est inhérente à toutes ces conduites. Ainsi selon le sociologue, l'omniprésence du narcissisme, exacerbé dans notre culture, engendre pour certains sujets, à un moment donné, la sensation que « le sol se dérobe sous leur pas … d'où ce sentiment de vertige, de chute, de perte de tout contenant ».

Dans la pseudo-maîtrise de ces conduites à risque qui mettent sa vie en danger, le jeune peut dépasser « l'indétermination sociale et culturelle, le brouillage des références ». Ainsi, comme les blessures rituelles, les conduites à risque marquent une séparation, un nécessaire travail de deuil, l'adolescent cherchant toujours à symboliser sa place dans la société. Cette quête peut amener le jeune à chercher le sens de sa vie dans un jeu avec la mort. Une telle mise en danger que nous pourrions qualifier d'ordalique[2], à la fois recherche d'un jugement divin et mort symbolique, permet de redonner une légitimité à son existence. La disparition des rituels amène donc le sujet à affronter « sans éclat mais d'une manière éclatante la douleur de la mort de l'enfance »[3]. Le sujet, par ce biais, transcende le vide qui l'entoure. Au cours de cet acte ordalique, il met son destin dans les mains de Dieu. Mais qui est Dieu pour cet adolescent, souvent tout-puissant lors de son geste, si ce n'est pas lui même[4] ?

La limite de ce que l'on peut interpréter comme des conduites à risque reste cependant floue. Ainsi, pour D. Le Breton, ces troubles comprennent l'anorexie, la boulimie, l'alcoolisme, la toxicomanie, la fugue, l'adhésion à une secte, la délinquance, les comportements sexuels à risque, etc.

---

[1] D. Le Breton, *op. cit.* p.69-70, ainsi que les citations suivantes.
[2] *Ibid.*, p.110
[3] X. Pommereau, *op. cit.*, p.95
[4] M. Amar, voir *infra.*

c. Repères épidémiologiques

En France, tous âges confondus, le suicide est responsable de plus de décès que les accidents de la route. Ce constat place donc la prévention du suicide comme un enjeu important dans les programmes de santé publique. Outre la France, ce sont 50 pays qui ont ratifié le Document Santé de l'O.N.U. qui déclare la lutte contre le suicide comme une priorité.

L'épidémiologie du suicide se base sur trois données distinctes[1] :

- l'idéation suicidaire, représentant les idées de suicide ;
- la morbidité suicidaire, soit les tentatives de suicides ;
- la mortalité suicidaire, qui correspond au nombre de décès.

L'étude de ces trois aspects épidémiologiques amènera, dans un second temps, une réflexion sur le risque de récidive et sur la conceptualisation sociologique du suicide.

L'idéation suicidaire

L'enquête SMPG (Santé Mentale en Population Générale : images et réalités) réalisée en France entre 1999 et 2003 propose une évaluation du risque suicidaire au sein de la population selon trois graduants d'intensité : léger, moyen ou élevé. Le risque suicidaire moyen concerne 2% de la population, ces personnes ont déclaré « avoir pensé à se suicider au cours du mois écoulé », ou « vouloir se faire du mal au cours du mois écoulé et avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie ». Le risque élevé concerne 3% de la population, il regroupe les personnes ayant fait une tentative de suicide au cour du mois écoulé ou qui ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie et qui ont présenté des idées suicidaires au cours du mois écoulé.

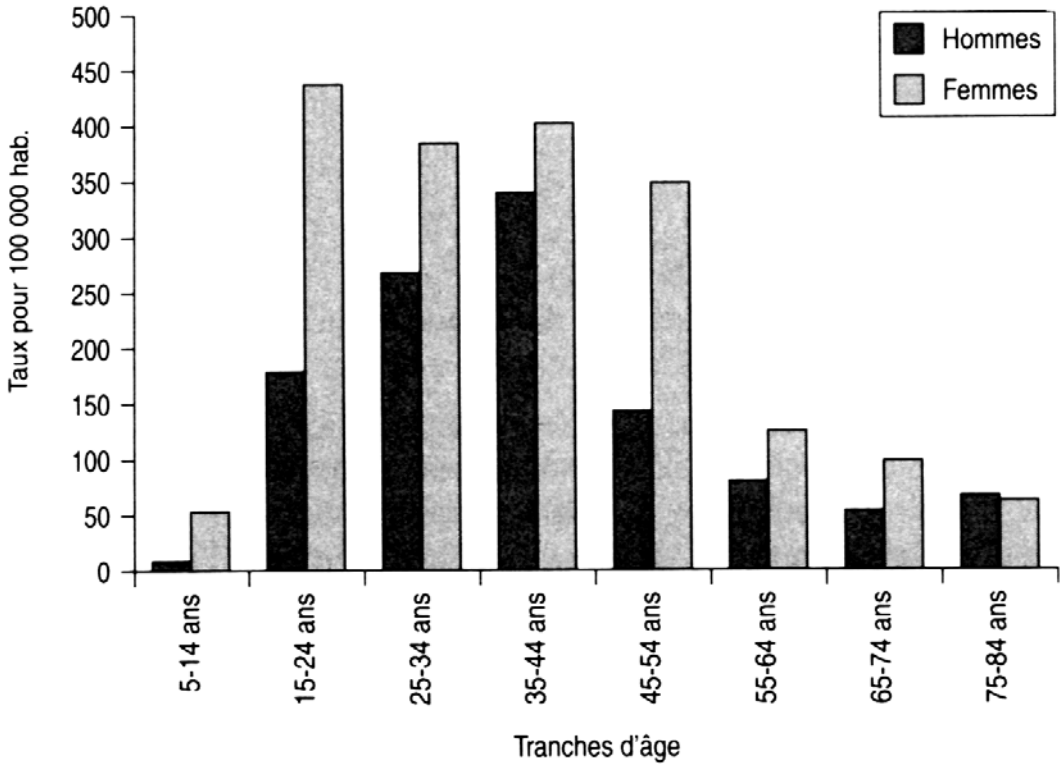
Dans une enquête nationale de 1994, réalisée dans les lycées, ils sont 23% de garçons et 35% de filles à reconnaître avoir eu des idées suicidaires durant l'année. Contrairement au préjugé qui voudrait que celui qui parle de se suicider ne passera jamais à l'acte, 80% des suicidés avaient alerté une personne de leur entourage ou un soignant. La relation entre idéation et tentative de suicide est essentielle, « parmi les adolescents qui actuellement n'ont pas d'idées suicidaires, 1% à déjà fait une tentative de suicide ; ils sont 14% parmi ceux qui y

[1] X. Pommereau, *op. cit.*, p.1

pensent rarement et 41% parmi ceux qui y pensent souvent »[1]. Dans ses recommandations, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (A.N.A.E.S.) considère « l'expression d'idées et d'intentions suicidaires » comme « un motif suffisant d'intervention et de prévention »[2].

La morbidité suicidaire

Selon l'enquête SMPG, 8% de la population métropolitaine de plus de 18 ans a déjà fait une tentative de suicide. Dans une autre enquête de 1993 en partenariat avec l'Éducation nationale, l'INSERM notait que 8,7% des garçons et 19% des filles scolarisés en collèges et lycées avaient déjà fait au moins une tentative de suicide.



Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide, France, 1998, X. Pommereau, *op. cit.*, p.14

[1] X. Pommereau, *op. cit.*, p.19-20
[2] Conférence de consensus : *La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, texte long des recommandations du jury, op. cit.*

Selon les Observatoires Régionaux de la Santé[1], 153 000 personnes ont tenté de se suicider en 1996, dont un tiers avait moins de 25 ans et les deux tiers des jeunes suicidants étaient des femmes. Les taux estimés sont de l'ordre de 200 pour 100 000 habitants chez les garçons et de 500 pour 100 000 chez les filles. Cependant ce taux est peut être bien en dessous de la vérité. En effet, une enquête de la Direction Générale de la Santé estime que huit tentatives sur dix n'ont pas donné lieu à une hospitalisation ; ce chiffre pour les adolescents de 11 à 21 ans serait de neuf sur dix. Sur les 8000 personnes accueillies dans les hôpitaux de la région, les urgences du C.H.U. de Nantes ont admis 1610 personnes pour une tentative de suicide en 1996 et 1882 en 1997[2]. Environ un tiers des tentatives de suicide prises en charge par le système de soins aboutissent à une hospitalisation en psychiatrie.

Dans huit à neuf tentatives sur dix, le *modus operandi* est l'intoxication médicamenteuse. Parmi les médicaments employés, on trouve en premier lieu les tranquillisants (anxiolytiques et hypnotiques), fréquemment prescrits pour le sujet ou un membre de sa famille. En outre, l'ingestion est souvent poly-médicamenteuse et accompagnée dans un tiers des cas par la prise de substances psychoactives (alcool et haschisch essentiellement) et/ou par des scarifications, voire des phlébotomies. Les méthodes violentes (pendaison, arme à feu …) sont plus souvent le fait des hommes que des femmes. Ceci explique l'inversement des ratios, en fonction des sexes, entre mortalité et morbidité, aboutissant à ce constat : 1 décès pour 22 tentatives chez les hommes contre 1 pour 600 chez les femmes.

La mortalité suicidaire

On recense officiellement en France environ 10 000 suicides par an, soit environ 2% des décès survenus dans l'année, ce chiffre étant probablement sous évalué d'environ 20 à 25%, en particulier lors de la certification du décès par le médecin et lors de la codification des bulletins de décès, ce qui porterait ce chiffre aux environ de 13 000 suicides[3].

---

[1] X. Pommereau, *op. cit*., p.14

[2] Fiche d'identification du projet : *Unité de prévention et de traitement des jeunes adultes en situation de crise, notamment les suicidants au C.H.U. de Nantes*

[3] E. Jougla, F. Péquignot, A. Le Toullec, M. Bovet et M. Mellah, Inserm-CépIDC, « Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide », 2003, article consultable sur www.hcsp.ensp.fr

En 1930, Emile Durkheim publie la première étude épidémiologique sur le suicide. Définissant ce problème comme un phénomène essentiellement collectif[1], il expose certains faits encore valables aujourd'hui. Ainsi, la mortalité liée au suicide est influencée par « des facteurs comme l'état matrimonial, le sexe et l'âge, d'une façon régulière et universelle »[2]. Les plus jeunes, les femmes et les personnes mariées sont globalement moins touchées. C. Baudelot et R. Establet[3], dans un ouvrage récent, dégagent des tendances lourdes explicatives dans les augmentations des taux de suicide : les crises économiques, les aires de fragilités sociales et l'absence de sociabilité intégrative. Ils donnent également certaines explications aux modifications de tendances observées, depuis Durkheim, en France entre 1940 et 1960 :

- la destruction des sociabilités traditionnelles et d'individuation ;
- une nouvelle forme de protection et de désaffiliation sociale ;
- la disparition de la protection qu'assurait la pauvreté contre le suicide.

Actuellement, si les jeunes se suicident moins que les personnes âgées, il ne reste pas moins que c'est la première cause de mortalité chez les 25-34 ans, et la deuxième chez les 15-24 avec environ 14% des décès[4]. Depuis longtemps, la mortalité des jeunes en France est supérieure à la moyenne européenne. Cette surmortalité est liée au nombre élevé de morts violentes, surtout chez les garçons. Les accidents de la route sont les premiers responsables, mais sont en nette diminution, tandis que le taux de suicide reste stable[5]. Dans la région des Pays de Loire, la mortalité dépasse de 25% la moyenne nationale, nous plaçant au quatrième rang des régions où l'on note le plus de suicides[6].

---

[1] E. Durkheim, *Le Suicide*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999, p.139
[2] C. Baudelot et R. Estrabet, *Durkheim et le suicide*, Paris, Presses Universitaires de France, 1984, p.92
[3] C. Baudelot et R. Establet, *Suicide : l'envers du monde*, Paris, Seuil, 2006
[4] X. Pommereau, *op. cit.*, p.4
[5] M. Choquet, « Point de vue épidémiologique » dans *Souffrances et violences à l'adolescence*, Paris, ESF éditeurs, 2000, p.76-77
[6] Fiche d'identification du projet : *Unité de prévention et de traitement des jeunes adultes en situation de crise, notamment les suicidants au CHU de Nantes*

Les récidives

Un jeune ayant fait une tentative de suicide est exposé à un risque vingt à trente fois supérieur de récidive que la population générale[1]. Une tentative de suicide représente donc le plus important des prédicteurs de comportement fatal ultérieur[2]. Si le passage à l'acte est bien impulsif, il représente aussi une situation de crise ancrée dans une trajectoire de vie propre au sujet[3]. Le risque le plus élevé se situe dans la première année, ainsi 1% des suicidants meurt dans l'année qui suit[4] et 10% finissent par un suicide abouti[5]. L'hospitalisation semble être un facteur de prévention, ainsi une étude française montre que 75% des récidivistes à trois mois n'ont pas été hospitalisés. L'A.N.A.E.S. préconise une hospitalisation systématique des jeunes suicidants[6], mais insiste également sur l'importance du suivi en post-hospitalisation, mettant en avant les problèmes d'observance des suivis. D'où l'intérêt de créer une alliance thérapeutique pendant l'hospitalisation car elle constitue « la première étape et la condition indispensable à l'établissement d'un cadre et d'un espace thérapeutique »[7].

Le concept du suicide en sociologie

Durkheim, à travers l'étude sociologique du suicide, cherchait à démontrer le primat de la conscience collective sur la conscience individuelle. Ainsi, de la relative stabilité du nombre de suicide, Durkheim conclut que « chaque société est prédisposée à fournir un contingent de morts volontaires »[8]. Il faut alors chercher les facteurs explicatifs des variations du taux de suicide dans les modalités de l'intégration sociale. Celles-ci sont de deux ordres :

- la participation sociale que l'auteur retrouve dans deux formes de suicide : le « suicide égoïste » qu'il lie à une individuation démesurée du sujet au sein de la société et le

---

[1] D. Gunnell et S. Frankel, « Prevention of suicide : aspiration and evidence », *British Medical Journal*, 308, 1994, p.574-588

[2] E. Moscicki, « Epidemiology of suicidal behavior », *Suicide prevention : toward the year 2000*, New York, Guilford, 1985, p.22-35

[3] Fiche d'identification du projet : *Unité de prévention et de traitement des jeunes adultes en situation de crise, notamment les suicidants au CHU de Nantes*

[4] K. Hawton et J. Catalan, *Attempted suicide : a pratical guide to its nature and management*, 2nde édition, Oxford, Oxford University Press, 1987

[5] R. F. Diekstra, « The epidemiology of suicide and parasuicide », *Acta Psychiatr Scand*, n°371, 1993, p.9-20

[6] Conférence de consensus : *La Crise suicidaire reconnaître et prendre en charge, texte long des recommandations du jury, op. cit.*

[7] M. J. Hervé, *op. cit.*, p.42

[8] M. Calvez, *Le Suicide : une approche sociologique*, cours du 20 avril 2007, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Rennes

« suicide altruiste » qui résulterait d'un manque de différenciation, le suicidé se sacrifie pour le groupe ;

- la réglementation des conduites, qui dans son excès provoque le « suicide fataliste » de l'individu qui voit son avenir socialement murer ; inversement, l'absence de réglementation, liée plus souvent à une crise sociale, produit le « suicide anomique ».

Cette conception aboutie à un modèle dual de l'individu :

- un moi individuel ou privé qui poursuit ses intérêts et ses passions ;
- un moi social ou public qui dirige et contrôle le moi social.

Halbwachs (*Les Causes du suicide*, 1930), disciple de Durkheim, reprochera à ce travail une absence de prise en compte des tentatives de suicide et des trajectoires individuelles dans le contexte social. Il sera en cela rejoint par Baechler pour qui le suicide est « une réponse stratégique donnée par l'individu à des problèmes existentiels pour lesquels il ne dispose pas de réponse alternative »[1].

d. La conceptualisation du suicide à l'adolescence

Psychopathologie du suicide à l'adolescence

La problématique adolescente, par son contexte sociologique et psychologique, génère un risque élevé de tentative de suicide. Ainsi, les traits que nous avons décrits précédemment, sans être en eux-mêmes pathologiques, constituent un terrain favorable au passage à l'acte. Nous pouvons noter comme caractéristiques[2] :

- l'impulsivité qui favorise les passages à l'acte ;
- les problématiques autour du corps ;
- la difficulté d'autonomisation par rapport à la famille ;
- la thématique dépressive, fréquente à l'adolescence, elle est sous tendue par les différents deuils auxquels celui-ci doit faire face (deuil de l'enfance, des illusions sur soi et son avenir, deuils de l'image idéalisée de ces parents) ;
- la manipulation des idées de mort qui peuvent avoir une fonction positive à un moment donné comme une intellectualisation des pulsions de mort ; on retrouve aussi cet affleurement des problématiques de mort et de suicide dans les conduites à risques.

[1] *Ibid.*
[2] J.P. Dumont, P. Dunezat, M. Le Dez Alexandre et J. Prouf, *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, t.1, Thoiry, 1995, Éditions Heures de France, p.329-330

Le comportement suicidaire n'est donc pas en soi une maladie psychiatrique et ne peut pas se réduire à une pathologie individuelle. La tentative de suicide serait davantage l'échec d'un développement influencé par des facteurs sociaux et familiaux[1]. Pour Ph. Jeammet, « aucune caractéristique du fonctionnement mental n'appartient en propre au suicidant et pourrait en constituer un signe pathognomonique »[2]. Cependant, nous pouvons noter certains équivalents psychopathologiques des facteurs de risque[3] :

- la fragilité des assises narcissiques (voir *supra* : A.1.b : la recherche d'une identité) ;
- le peu d'efficience des mécanismes de contention psychique, lié à la fragilité du Moi, qui devrait retenir l'expression de l'impulsivité ;
- l'échec partiel de l'organisation œdipienne qui aurait du jouer un rôle structurant, notamment à la puberté, avec l'accession à la reproduction qui permet l'inscription transgénérationelle de l'individu et donc l'intégration de sa propre mort.

Dans l'enquête nationale sur les adolescents, M. Choquet et S. Ledou ont également mis en évidence le lien entre les tentatives de suicide et certaines consommations de drogues (cannabis, alcool, tabac) ou des comportements comme l'absentéisme, la fugue, ou les ivresses répétées[4]. Une autre enquête de l'INSERM réalisée en 1998 , portant sur des sujets de 14 à 21 ans suivis par la protection judiciaire de la jeunesse, montrait qu'environ quatre fois plus de ces jeunes faisaient une tentative de suicide.

La complexité de la psychopathologie des tentatives de suicide est évidente : « des mystères demeurent et la polysémie règne selon le niveau d'interprétation auquel on se réfère [5]». Le sujet suicidant n'est pas lui-même étranger à ce dédale puisque dans son geste, il confond l'apaisement d'une souffrance proclamée et une fuite de la réalité. Une ambiguïté profonde apparaît également dans son désir de s'émanciper d'une dépendance et de s'assurer dans la mort de la permanence de ses liens au risque d'entraîner l'observateur dans de multiples réflexions quant à la raison de cet acte « se terminant par des rationalisations séduisantes ou rassurantes… pour soi-même »[6].

Nous pouvons cependant noter que l'approche psychanalytique nous apporte certains repères théoriques intéressants. Ainsi Freud, dans « Deuil et mélancolie »[7], montre les liens existant entre le travail de deuil et celui de la dépression au travers de leurs similitudes

---

[1] M.H. Samy, « Suicide et adolescence : une perspective sociale et analytique », *Adolescence et suicide*, Paris, 1991, Éditions E.S.F., p.59
[2] Ph. Jeammet et E. Birot, *Psychopathologie des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*, Paris, 1994, Presses Universitaires de France, p.239
[3] *Ibid.*, p. 240
[4] X. Pommereau, *op. cit.*, p.21
[5] *Ibid.*, p.77
[6] *Ibid.*, p.78
[7] S. Freud, « Deuil et mélancolie », *Métapsychologie*, Paris, Folio/essais, 2000

symptomatologique[1]. Cependant, la dépression acquiert une dimension pathologique, contrairement à la plupart des deuils, par la perte du sentiment de soi du sujet. En effet, la perte dans un contexte dépressif est, pour Freud, une perte interne, celle d'un objet narcissique intériorisé et donc d'une partie de soi. Nous pouvons ici faire le lien avec l'importance du narcissisme de l'adolescent (voir *supra* : A.1.b La recherche d'une identité). Ainsi pour E. Ringel, la tentative de suicide est l'accomplissement d'une évolution psychologique manquée[2]. C'est cette personnalité qui, au contact de certains évènements, crée la potentialité suicidaire. Pour l'auteur, les facteurs constitutifs de cette personnalité sont à chercher dans l'enfance, comme les traumatismes et toutes les circonstances qui auraient pu affaiblir l'instinct d'autoconservation (perte précoce, sentiment d'insécurité de l'enfant, tradition névrotique familiale, etc.)[3].

Les travaux d'Haim et de Ladame ont insisté sur le fait que l'acte suicidaire à l'adolescence traduisait un trouble précoce de l'organisation psychique visible par :

- une incapacité du sujet à différer ;
- une phase de relation de type narcissique ;
- des difficultés pour mettre en place des mécanismes de défense stables.

Il est également important d'insister sur le caractère illusoire et factice de la participation de la volonté au cours de l'acte suicidaire. Cette rationalisation est le plus souvent le produit de la ré-élaboration de l'acte suicidaire par le suicidant, l'entourage familiale ou les soignants[4]. Le suicide constitue l'accomplissement de multiples désirs inconscients, quelque chose qui est lié par un mouvement psychique auquel le sujet n'a nullement eu la maîtrise mais où il a été débordé par lui-même. Le suicide est alors une économie psychique afin d'éviter l'affrontement d'une situation insupportable.

---

[1] F. Eudier, *Approche psychanalytique du suicide*, cours du 19 avril 2007, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Brest
[2] E. Ringel, « The Presuicidal Syndrome », *Suicide Life Treath Behav*, 1976, 6, p.131-149
[3] F. Eudier, voir *supra*, ainsi que citation suivante.
[4] J.C. Rolland et O. Quénard, « État de crise suicidaire : aspects cliniques et institutionnels », *Collection de médecine légale et de toxicologie médicale*, 1982, 122, p.13-47

Passage à l'acte et *acting out* à l'adolescence : définition et facteurs

C'est Freud qui le premier utilise le concept d'*agiren* pour désigner le mécanisme par lequel un sujet réagit à des pulsions ; les psychanalystes français ont ensuite utilisé ce terme pour désigner « une conduite par laquelle le sujet met en évidence la violence qui le dépasse »[1]. Le passage à l'acte se définit comme « un processus de transformation d'une intention en sa réalisation motrice »[2]. Les travaux de Marquy sur l'élaboration mentale, fonction qui permet de faire face aux tensions créées par toutes modifications, ont montré que l'échec de celle-ci prédisposait aux passages à l'acte[3]. Le passage à l'acte se situe donc en dehors du langage. L'objectif du soin sera d'apporter quelque chose, de l'ordre d'une suppléance, pour combler ce vide du sujet et ainsi le relier à l'autre[4]. À l'opposé dans l'*acting out*, le sujet adresse un message à autrui, quelque chose qui n'a pu être dit mais qui demande à passer par la parole[5]. Le risque majeur de ce comportement est la répétition, d'où la nécessité d'un travail permettant au sujet de renouer la relation à l'autre par la parole. Dans les problématiques adolescentes, l'opposition entre conduite agie et conduite mentalisée prend toute son importance. En effet, l'agir est souvent, durant cette période, « un mode d'expression privilégié des angoisses et des conflits[6] ».

Les facteurs qui favorisent l'agir chez le jeune adulte sont environnementaux :

- le changement de statut social, qui comme tout changement pousse à agir ;
- le contenu de ce statut, c'est-à-dire la liberté, l'autonomie, l'indépendance ;
- les stéréotypes sociaux, pour conforter l'image que les adultes ont des plus jeunes ;
- l'interaction sociale, un acte en entraînant un autre ;
- les contraintes exercées par la réalité, dont la dernière échappatoire est le passage à l'acte.

Mais ce sont également des facteurs internes ;

- l'angoisse, que l'on décharge par l'agir ;
- le remaniement de l'équilibre pulsion/défense induit par la résurgence de pulsions prégénitales ;

[1] E. Roudinesco et M. Plon, *Dictionnaire de psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, p.21
[2] R. Doron et F. Parot, *op. cit*., p.501
[3] *Ibid*, p. 237
[4] P. Genest, *Définitions et problèmes de terminologie*, cours du 13 décembre 2006, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Brest
[5] *Ibid.*
[6] D. Marcelli et F. Parot, *Psychopathologie de l'adolescence*, Paris, Masson, 1992, p.77

- l'antithèse activité/passivité, passivité qui peut renvoyer à la soumission de l'enfant et à d'éventuelles pulsions homosexuelles de l'adolescence[1].

La place du corps dans le passage à l'acte

Le corps est l'origine des changements qui depuis la puberté forment la problématique adolescente. Or faisant partie « de la réalité interne et externe [du sujet] ce double statut lui confère une place privilégiée dans l'organisation des manifestations psychopathologiques »[2]. Le corps est donc à la fois un moyen d'agir sur le monde extérieur et une construction intime de l'esprit influencée par la réalité externe. Le corps est ainsi un lien au monde de l'adolescent, un lien qui associe, mais qui peut parfois être également un instrument de l'opposition.

En s'attaquant à lui, le jeune suicidant essaye de donner du sens, comme s'il s'agissait de « trouver dans une expérience du corps le lieu depuis lequel un rapport au monde peut s'amorcer »[3]. Ainsi ce qui ne peut être contenu par l'esprit est exprimé par l'agression de l'enveloppe corporelle.

Les scarifications que s'infligent certains jeunes sont le symbole de cette souffrance. L'étude des actes automutilatoires, qui multiplie par cent le risque suicidaire, nous offre des renseignements importants sur l'agir notamment à l'adolescence. Pour D. Anzieu, la peau comme premier organe de communication, remplit trois fonctions[4] :

- une fonction de filtre pour réguler les échanges entre l'intérieur et l'extérieur ;
- une protection pour le psychisme à la manière d'une barrière ;
- une contenance pour édifier le Moi.

L'agression du corps peut remplacer une communication défaillante. Cet acte possède donc une dimension interactionnelle, comme « une forme de communication pré-verbale de la plus archaïque à la plus élaborée, mais qui cherche la présence de l'autre comme une tentative de métabolisation »[5]. Cette dimension est également observable dans le vécu d'agression et d'impuissance du récepteur de l'acte, qui risque une oscillation entre une surenchère dans la toute puissance et une sympathie envahissante pour le patient. Mais l'automutilation s'inscrit dans un processus psychodynamique comme le symbole du rejet

[1] *Ibid.*, p.78-79
[2] C. Porcher, *op. cit.*
[3] P. Baudry, « Le Corps insupportable », *L'Adolescence à risque*, Paris, Éditions Autrement, 2002, p.117
[4] D. Anzieu, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995, p.119
[5] S. Lambert, *Automutilation, suicide et addiction*, cours du 26 avril 2007, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Nantes, ainsi que citation suivante.

d'une partie du Moi. Ainsi pour X. Pommereau, les scarifications ont une triple fonction de reconnaissance :

- « s'emparer de son corps en le différenciant ;
- lui donner une identité singulière ;
- satisfaire un besoin d'appartenance à un "corps constitué" [un groupe social, une bande, etc.] »[1].

L'agir, malgré l'impulsivité qui le caractérise, ne peut se détacher de l'histoire de vie du sujet. Car si nous ne pouvons nier l'économie psychique de cet acte, il s'inscrit également comme « une tentative de restitution des limites du soi avec le désir de fusion à l'objet primaire sur fond de défection narcissique et d'angoisses archaïques[2] ». Dans l'action de « se couper », l'adolescent nous montre son besoin de se séparer pour pouvoir s'affirmer comme individu.

Il apparaît donc que le passage à l'acte est le résultat de l'influence de l'environnement et d'un cheminement interne. S'il est ainsi l'expression à travers le corps d'une souffrance psychique, il est également le résultat de l'incapacité du sujet à élaborer son autonomie, son individualité.

Conclusion : la crise suicidaire comme une opportunité thérapeutique

Pour reprendre une expression que M. Mauss utilisait au sujet du don et de l'échange, nous pouvons définir le suicide comme un « fait social total »[3], qui appelle donc à « de multiples lectures : médicales, psychiatriques, psychanalytiques mais aussi sociales, épidémiologiques, mais également religieuses, éthiques, philosophiques, pédagogiques, anthropologiques voire esthétiques, littéraires ou historiques ».

La tentative de suicide constitue donc une triple urgence : somatique et toxicologique, psychologique et psychopathologique et souvent sociale. Si les limites de la crise suicidaire sont difficiles à définir, ce concept apporte néanmoins une nouvelle dimension à la tentative de suicide, celle de se détacher de l'acte pour essayer d'envisager une approche

[1] X. Pommereau, *Quand l'adolescent va mal*, Paris, J'ai lu, 1997, p. 163
[2] S. Lambert, voir *supra*
[3] M. Mauss, « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004, cité par J.B. Garré et B. Gohier, « Le Suicide », article consultable sur le site de « la Psychiatrie angevine » : www.med.univ-angers.fr/AARP/psyangevine, ainsi que les citations suivantes.

plus holistique. Car, si la plupart des tentatives de suicide sont présentées comme réactionnelles, les facteurs déclenchant demeurent souvent multiples et interdépendants. Or les changements inhérent à l'adolescence entraînent une souffrance importante d'autant plus que le sujet présente certaines failles dans son enfance, notamment sur un plan narcissique. Dans l'incapacité d'élaborer mentalement ce mal-être, l'adolescent va donc privilégier l'agir. Le corps constitue alors, au travers de l'acte, le média de cette douleur psychique.

Le suicide, pour certains jeunes, semble être l'unique solution, la dernière possibilité pour mettre fin à la souffrance. Au cours de la crise, le sujet semble abandonner les autres solutions et aides proposées[1]. Il manque de recul face à son existence, sa pensée apparaît comme sidérée ; les ressorts de la crise, s'ils sont liés à l'impulsivité, ne sauraient se réduire à un *raptus*, c'est à dire à un élan violent et soudain. Cette pulsion de mort, que Freud opposait à la culture[2] et donc aux liens de la vie sociale, apparaît comme un désir de rupture face à une situation psychique et/ou environnementale jugée intolérable. La possibilité d'une autre vie semble à cet instant inaccessible au sujet.

La crise suicidaire représente donc une opportunité thérapeutique pour deux raisons. Tout d'abord, elle permet, à travers le recueil de données, de prendre en compte les aspects cliniques, psychopathologiques et sociaux de la personne. Dans un second temps, l'effondrement des mécanismes défensifs peut favoriser un travail avec l'adolescent pour sortir de l'état de sidération psychique en privilégiant la verbalisation et l'élaboration.

---

[1] C. Hazif-Thomas, « Conceptualisation de la crise suicidaire », Conférence de consensus : *La Crise suicidaire reconnaître et prendre en charge, op. cit.*, ainsi que citation suivante.
[2] S. Freud, *Le Malaise dans la culture,* Paris, Presses Universitaires de France, 2000, p.64

3. Le concept d'alliance thérapeutique

a. Définition de l'alliance thérapeutique

Naissance et évolution d'un concept

« Alliance » vient du latin *alligare* qui signifie « attacher à, mettre avec ». Ce mot désigne, selon le *Petit Robert*, la notion d'une union par engagement mutuel.

D'un point de vue théologique, l'alliance désigne, dans la Bible, les contrats, promesses ou engagements entre Dieu et un individu, un groupe ou entre plusieurs individus. La plus importante est celle passée entre Moïse et Dieu, où celui-ci lègue le Décalogue, contenu dans l'Arche d'Alliance, au peuple d'Israël.

Sur le plan psychothérapeutique, ce concept est pour la première fois abordé indirectement par Freud en 1912 à travers « La Dynamique de transfert »[1]. Il jugeait qu'une attitude de maintien d'un « intérêt sérieux » et une « compréhension bienveillante » permettaient de construire un attachement avec le thérapeute[2], et ainsi d'accéder au développement d'un engagement réel. En 1920, dans « Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine », il décrit comment l'analyste travaille avec une partie saine du Moi contre une partie pathologique partenaire du conflit[3]. À partir de cette notion, R. Sterba en 1934 pose le terme d' « Ego alliance »[4], comme l'alliance entre le « Moi raisonnable » du patient et le « Moi analysant » de l'analyste.

Pour M. Kanzer, le modèle du processus thérapeutique freudien repose sur une alliance qui suppose une collaboration entre le patient et l'analyste, ayant pour cadre « *a*

[1] S. Freud, « La Dynamique du transfert », *La Technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1970, p.50-60
[2] S. Freud, « Le Début du traitement », *La Technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1970, p.80-104
[3] S. Freud, « Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine », *Névrose, Psychose et Perversion*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002, p.245-270
[4] R. Sterba, « The Fate of the ego in analytic therapy », *International Journal of Psychoanalysis*, 1934, p.117-126

carefully regulated operational field and atmosphere suitable for particular technique and therapeutic goal [1]».

C'est E. Zetzel, en 1956[2], qui introduit le terme d'alliance thérapeutique : elle affirme que dans toute analyse réussie, le sujet a oscillé entre des phases de transfert et d'alliance thérapeutique, et que cette dernière est indispensable pour permettre l'analyse des éléments inconscients émergents, ainsi que pour dépasser les phénomènes de résistance.

En 1965, R.R. Greenson[3] définit l'alliance de travail dans le cadre du travail analytique comme la composante non névrotique de la relation comme la capacité de l'individu à travailler activement et librement dans un cadre thérapeutique. À travers ce terme, il souligne la part égale de responsabilité de l'analyste et du patient. L'effectivité de l'alliance de travail est fonction de la motivation du patient à guérir de son symptôme, de sa compliance et de sa capacité à utiliser les interventions de l'analyste[4].

Cependant, cette vision de l'alliance de travail est critiquée par R.M. Loewenstien pour qui cette théorie s'arrêterait au constat que certains patients souhaiteraient aller mieux mais ne pas travailler, tandis que d'autres seraient près à travailler mais pas à aller mieux[5].

En 1976, E.S. Bordin[6] généralise ce concept en insistant sur la collaboration positive du patient avec le thérapeute contre un adversaire commun : la souffrance. En outre, il identifie trois éléments primordiaux : *the tasks* (les tâches), *the bonds* (les engagements), *the goals* (les buts). Les tâches correspondent aux comportements d'information et aux processus cognitifs qui forment la substance du processus de conseil entre le thérapeute et le patient. Les engagements, concept que C. Rogers[7] avait déjà définit comme essentiel à la thérapie, englobent la confiance réciproque, l'acceptation et la confidentialité. Les buts sont communs pour le patient et le soignant et caractéristiques de l'alliance tant dans l'adhésion, l'intervention que dans l'évaluation. Ce modèle attribut la qualité de l'alliance à l'alchimie de la relation et non plus seulement aux qualités du thérapeute, en introduisant le principe de collaboration.

---

[1] M. Kanzer, « Freud's "analytic pact" : The standard therapeutic alliance », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 1981, p.86

[2] E. Zetzel, « The Concept of transference », *The Capacity for emotional growth*, New York, International Universities Press, 1970, p.168-181

[3] R.R. Greenson, « The Working Alliance and transference neurosis », *Psychoanalytic Quaterly*, 343, 1965, p.155-181

[4] R.R. Greenson, *The Technique and practice of psychanalysis*, New York, International Universities Press, 1967

[5] R.M. Loewenstein, « Developements in the theory of transference in the last fifty years », *International Journal of Psychoanalysis*, 50, 1969, p.583-588

[6] E.S. Bordin, « The Generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance », *Psychother Theory Res Pract*, 1976, p.252-260

[7] C. Rogers, *Client-Centered Therapy*, Boston, Houghton Mifflin, 1967

La même année, L. Luborsky définit lui le concept d ' « alliance aidante », qui repose sur deux axes :

- « le patient vit son thérapeute comme lui apportant aide et soutien [...] ;
- le patient a le sentiment d'un travail en commun [1]».

Frieswyk[2] décrit ensuite le concept d'alliance thérapeutique dans le cadre institutionnel comme la collaboration du patient, sa capacité à utiliser de façon active le processus thérapeutique comme un outil de changement. Elle implique la reconnaissance par le patient de sa contribution, tant dans le maintien que dans sa capacité à résoudre ses troubles.

En 1990, L. Gatson[3] définit l'alliance comme un processus à quatre dimensions :

- « l'alliance thérapeutique, qui représente la relation affective du patient avec le thérapeute,
- l'alliance de travail, qui correspond à la capacité du patient à fournir un travail thérapeutique ;
- la compréhension empathique du thérapeute et son implication ;
- l'accord entre le patient et son thérapeute sur les objectifs et les tâches liés à la prise en charge[4]».

En résumé, les définitions de l'alliance thérapeutique sont nombreuses mais « toutes s'accordent pour penser qu'elle concerne la collaboration entre le patient et le thérapeute[5] », cette alliance consiste en la création d'un espace d'intersubjectivité entre le patient et le soignant, espace mental commun d'attention, de préoccupation et de réflexion[6]. Sa qualité est le résultat de « l'interaction entre la technique du thérapeute et les caractéristiques du patient »[7], plutôt qu' «une caractéristique propre au patient ou au thérapeute ». Cette alliance va permettre de constituer un espace thérapeutique qui sera négocié, un contenant à l'intérieur duquel les affects positifs ou négatifs pourront s'exprimer en diminuant les risques de rupture

---

[1] M. Villamaux, « L'Alliance thérapeutique », *Pour la Recherche*, 25, article consultable sur www.psydoc-fr.broca.inserm.fr

[2] J. Bashan, J.L. Valdegron et V. Vaquier, « De la relation de confiance à l'alliance psychothérapeutique », *Recherche en soins infirmiers*, 2001, p.93-100

[3] L. Gatson, « The concept of the alliance in psychotherapy : Theorical and emperical consideration», *Psychotherapy*, 1990, p.143-153

[4] M. Villamaux, art. cit.

[5] A. Braconnier, « Psychanalyse et/ou psychothérapies analytiques. Recherches sur l'alliance thérapeutique et l'analysabilité », *Psychothérapies*, 2002, 22, p.21-28

[6] M.J. Hervé, *Alliance thérapeutique à l'adolescence : aléas et spécificité*, Diplôme d'État de docteur en médecine, qualification en psychiatrie, 1995, p.35-36

[7] Y. de Roten, L. Michelet et J.N. Despland, « Recherche sur le processus psychothérapique : l'exemple du modèle d'adéquation », *Pour la Recherche*, 44, 2005, article consultable sur www.psydoc-fr.broca.inserm.fr, ainsi que la citation suivante.

ou en permettant un rétablissement de la relation après celle-ci[1]. Cette contenance n'est possible qu'avec une certaine mutualité de confiance et d'action entre le patient et les soignants[2] et l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer et de se laisser influencer[3].

Les échelles de mesure de l'alliance thérapeutique

En 1975, sur la demande de E.S. Bordin, L. Luborsky propose la première échelle de mesure de l'alliance thérapeutique, d'inspiration psychanalytique, lors du meeting annuel de la Société de Recherche pour la Psychothérapie.

A partir de 1977, G. Woody, A.T. McLellan et L. Luborsky continuent cette recherche dans le cadre d'une étude sur les patients dépendants aux opiacés[4]. Ces travaux aboutirent à l'élaboration des trois *Penn Helping Alliance Couting Signs Method* (Penn) :

- *The Penn Helping Alliance Couting Signs Method* (Hacs) ;
- *The Penn Helping Alliance Rating Method* (Har) ;
- *The Helping Alliance Questionnaire Method* (Haq), mise au point en 1983, qui fut la première échelle qui permit de mettre en évidence le lien entre l'alliance thérapeutique et le devenir du patient.

Le remaniement de cette échelle (Haq-II)[5] (voir annexe 2), en 1996, fut guidé par deux objectifs :

- réduire l'inclination de l'échelle à mesurer une amélioration symptomatique précoce qui est alors confondue avec l'alliance thérapeutique ;
- mieux intégrer les différents aspects de l'alliance liés à l'effort de collaboration du patient et de son thérapeute[6].

Cette échelle est composée de 19 items avec une version pour le thérapeute et une autre pour le patient. Les études sur la version française montrent des résultats tout à fait similaires à la version originale. Elle constitue un instrument fiable de mesure de l'alliance thérapeutique. Une version du questionnaire existe également pour les enfants et leurs parents (Haq-CP), son adaptation en français, par des équipes de Nancy et de Strasbourg, montre qu'elle reste « une mesure valide de l'alliance thérapeutique »[7].

---

[1] J.D. Safran et J.C. Muran, « The resolution of ruptures in the therapeutic alliance », *Journal of Consulting and Clinical Psychologie*, 64, 1996, p.447-458

[2] Y. de Roten, « Processus de co-construction de l'alliance thérapeutique », *Psychothérapies*, 2002, 20, p.243-248

[3] B. Beitman et G. Klerman, *Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy*, Waschington D.C., American Psychiatric Press, 1991

[4] L. Luborsky, G. Woody, A.T. McLellan, J.P. Barber et L. Siqueland, *Etablishing a Therapeutic Alliance with substance abuser*, article consultable sur www.nida.nih.gov

[5] L. Luborsky, J.P. Barber, L. Siqueland, S. Johnson, L.M. Najavits, A. Franck et D. Daley, « The Revisited Helping Alliance Questionnaire (Haq-II) », *The Journal of Psychotherapy practice and research*, 5, 3, 1996, p.260-271

[6] Y. Le Bloch, Y. de Roten, M. Drapeau et J.N. Despland, « New, but improved ? Comparison between first and revisited version of the Helping Alliance questionnaire », article consultable sur www.sanp.ch, ainsi que la citation suivante.

[7] S. Kermarrec, B. Kabuth, C. Bursztjen et F. Guillemin, « French Adaptation and validation of the helping alliance questionnaires for child, parents and therapist », article consultable sur www.publications.cpa-apc.org

The California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS) fut élaborée au *Langley Porter Psychiatric Institute of San Fransisco*. Elle a été également remaniée[1], passant de 41 à 24 items, en 1994, avec des versions patient, thérapeute et observateur extérieur. Elle se présente sous la forme de quatre sous-échelles :

- « l'engagement du patient ;
- la capacité du patient à travailler ;
- l'attitude compréhensive du thérapeute et son implication ;
- le consensus entre le patient et le thérapeute sur les modalités thérapeutiques[2]».

The Working Alliance Inventory[3] (WAI) est directement basée sur les travaux de Bordin. Elle est constituée de 12 items, avec également des versions patient, thérapeute et observateur extérieur.

The Vanderbilt Therapeutic Alliance Squale[4] (VTAS) a été développée par Strupp et ses collaborateurs du département de psychologie de Vanderbildt. Seuls des juges extérieurs cotent la qualité de la relation du thérapeute. Elle est constituée de 44 items divisés en trois catégories :

- « la contribution du patient ;
- la contribution du thérapeute ;
- l'interaction patient/thérapeute.[5] ».

À partir de cette dernière échelle, une mesure spécifique de l'alliance thérapeutique avec les adolescents a été réalisée aux États Unis. *The Adolescent Therapeutic Alliance Squale* fut utilisée pour une étude sur un groupe de 51 adolescents afro-américains participant à une consultation familiale de prévention de la toxicomanie[6].

Nous pouvons regrouper ces échelles en deux catégories. Les premières, Penn et WAI, possèdent des sous-échelles fortement liées entre elle et sont théoriquement plus homogènes ; la seconde, CALPAS et VTAS ont des sous-échelles beaucoup plus indépendantes[7]. Cependant quelque soit le type d'échelle utilisée, « l'alliance thérapeutique semble être un bon prédicteur de l'évolution du patient ».

---

[1] L. Gatson et C.R. Marmar, « The California Psychotherapy Alliance Scales », *The Working Alliance : theory, research and practice*, New York, Jon Wiley & Sons, 1994, p.85-108

[2] M. Villamaux, art. cit.

[3] A.O. Hovarth et L. Greenberg, « The development of the working alliance inventory », *The psychotherapeutic process : A research handbook*, New York, The Guilford Press, 1986, p.529-556

[4] H.H. Strupp et D.E. Hartley, « The therapeutic alliance : its relationship to outcome in brief psychotherapy », *Empirical studies of psychoanalytical theories*, Vol. 1, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, 1983, p.1-37

[5] M. Villamaux, art. cit.

[6] L. Faw, A. Hogue, S. Johnson, G.M. Diamond et H.A. Liddle, « The Adolescent Therapeutic Alliance Squale (ATAS) : Initial psychometrics and predictions of outcome in family-based substance abused prevention counseling », *Psychotherapy Research*, 15, 2005, p.141-154

[7] M. Villamaux, art. cit., ainsi que la citation suivante.

b. L'alliance comme un facteur essentiel du processus thérapeutique

Dans une méta-analyse sur 79 études portant sur l'alliance thérapeutique, l'université de psychologie de l'Ohio démontre que l'alliance thérapeutique est un facteur important, au regard des autres facteurs, du devenir du patient[1]. Cette relation se retrouve dans toutes les études, elle ne semble pas être influencée par d'autres variables comme les outils de mesure utilisés ou le type de thérapie. Des études récentes ont également montré ce même impact dans le travail avec les enfants et les adolescents[2]. Cela est d'autant plus marqué si les troubles sont externalisés plutôt qu'internalisés[3]. Nous pouvons également noté que l'alliance thérapeutique est influencée par la relation des soignants avec les parents[4]. Une alliance thérapeutique de bonne qualité nécessite également des équipes capables de proposer un partenariat avec le patient tout en optimisant ces liens sociaux[5].

Conclusion : alliance thérapeutique et crise suicidaire

L'alliance thérapeutique peut être définie comme un espace de soin où le patient et l'équipe soignante travaillent ensemble pour un objectif commun de mieux-être. Sa qualité est le résultat de cette interaction entre les capacités du premier et la technique du second. L'alliance thérapeutique est aujourd'hui considérée comme « *a validated concept that is predictive outcome, more powerfully than alternative indices, clearly defined, easily mesurated, and may have educational and training value* »[6]. Cela est également démontré pour les adolescents surtout si leurs troubles sont externalisés. Il semble donc nécessaire de favoriser la création de cette alliance dans la prise en charge du jeune suicidant. Les structures de soins et notamment les urgences médico-psychologiques ont une place prépondérante dans

---

[1] D.J. Martin, J.P. Garske et M.K. Davis, « Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables, a meta analytic rewiew », Département de psychologie de l'Université de l'Ohio, 2000, article consultable sur www.psych.ku.edu

[2] U.M. Walter et C. Petr, « Therapeutic alliance with children, and families, a review of the national literature », Université du Kansas, 2006, article consultable sur www.socwel.ku.edu

[3] P. Hazell, « Review : Therapeutic Relationship is modestly correlated with treatment outcome in child and adolescent psychotherapy », article consultable sur www.ebmh.bmj.com

[4] U.M. Walter et C. Petr, art. cit.

[5] I. Howgego, P. Yellowless, C. Owen et F. Dark, « The Therapeutic Alliance : the key to effective patient outcome ? A descriptive review of the evidence in community mental health case management », Département de psychologie clinique, Hôpital de Canberra, article consultable sur www.ncbi.nlm.nih.gov

[6] R.F. Summers et J.P. Barber, « Therapeutic Alliance as a Mesurable Psychotheray Skill », *Academic Psychiatry*, 27, 2003, p.160-165, article consultable sur www.ap.psychiatryonline.org

ce processus puisqu'il apparaît que « la mise en place d'une relation d'aide précoce assure le passage du somatique au psychologique sans rupture ni déchirure, favorisant ainsi l'acceptation des intéressés aux modalités ultérieures de prise en charge[1]». Cette alliance permettrait de diminuer le risque majeur de récidive dans le cas des suicidants par la mise en place d'une prise en charge psychothérapeutique, immédiatement après le passage à l'acte.

La création d'une alliance thérapeutique est donc l'un des objectifs de la prise en charge hospitalière des suicidants. L'interruption précoce du soin est souvent précédée d'une alliance négative qui constitue alors « une perte de temps et d'efforts pour le thérapeute et le patient, en plus d'être accompagnée d'affects négatifs pour les deux parties et pour le jeune une source incontestable de difficultés de reprise d'une nouvelle aide »[2].

Les soins infirmiers avec les suicidants, essentiellement relationnels, s'insèrent dans une prise en charge multidisciplinaire avec les autres acteurs de soins : psychiatre, psychologue, assistante sociale, etc. Ce qui n'entre pas en contradiction avec le fait que l'aspect relationnel du travail de l'infirmier relève de son rôle propre[3]. Or l'infirmier, par sa place privilégiée auprès du patient et de l'équipe soignante, est un des acteurs principaux de l'alliance thérapeutique. Cette alliance avec le jeune adulte suicidant est donc au centre de la prise en charge, notamment infirmière, tant dans sa création que dans son maintien comme facteur influençant le processus thérapeutique.

---

[1] Équipe de l'U.M.P.A.J.A., « L'Hôpital, le soignant et le jeune suicidant », Soins psychiatrie, Éditions Masson, Paris, novembre 1994, p. 16

[2] A. Braconnier, *Le Temps de l'alliance,* Adolescence et séparation, trajet de soin, 3ème journée de Médecine et de Santé de l'adolescent, 8 décembre 2001, Poitiers

B. Analyse des entretiens

1. Méthodologie des entretiens

a. Choix personnels

Tout d'abord, nous avons préféré travailler sur la base d'entretiens plutôt que de questionnaires parce qu'il nous semblait que cet outil était mieux adapté à une recherche sur le thème que nous avions choisi. En effet, ce qui nous intéressait, c'était le ressenti, le vécu professionnel des personnes, leur façon de travailler avec les jeunes adultes suicidants, les difficultés qu'ils ont rencontrées et les réflexions qu'ils ont menées. Nous pensons que l'entretien, par la place qu'il laisse à une expression plus libre, permet de mieux faire ressortir ce type d'informations.

Dans un second temps, nous avons réfléchit à la possibilité d'interroger différentes catégories professionnelles. Le décret de compétences infirmières définit l'approche relationnelle comme appartenant à leur « rôle propre »[1]. ; il nous semblait dons pertinent de focaliser nos entretiens sur les infirmiers. Cependant, nous ne pouvons exclure les autres intervenants : l'alliance thérapeutique, comme une grande partie du travail infirmier, doit s'insérer dans une prise en charge multidisciplinaire. Ainsi, nous avons réalisé deux entretiens préparatoires, le premier avec C. Porcher (psychologue à l'unité E.S.P.A.C.E) et le second avec B. Robin (psychiatre à l'unité E.S.P.A.C.E.). Ces entretiens, au-delà de leur expertise professionnelle, nous ont permis d'ouvrir notre travail sur d'autres perspectives.

Nous connaissions l'unité E.S.P.A.C.E. pour y avoir fait notre stage optionnel de deuxième année. Nous étions très intéressé par leur travail avec les suicidants et les jeunes ayant des idées suicidaires qui représentent 61% des patients admis dans l'unité (voir annexe 3) . Ayant choisi comme situation de départ un patient que nous avions rencontré pendant notre stage, il nous semblait évident de choisir ce service pour nos entretiens. Nous avons également voulu faire des entretiens aux U.M.P. (Urgences Médico-Psychologiques)

[1] Décret du 16 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, article 3

puisqu'ils représentent 68% des origines de la demande d'hospitalisation à l'unité E.S.P.A.C.E. (voir annexe 3) et que nous ne pouvons négliger leur rôle essentiel dans la prise en charge du jeune suicidant. Nous aurions souhaité pouvoir réaliser un deuxième entretien aux U.M.P., comme nous l'avions fait en unité de crise, pour bénéficier d'un second point de vue dans notre analyse, mais cela n'a pu être possible pour des raisons institutionnelles.

Lorsque nous avons décidé de poursuivre cette recherche, trois ans plus tard, il nous semblait intéressant de compléter ces entretiens avec ce qui fait notre quotidien : une unité d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie adulte. Nous avons choisi de faire ces entretiens dans une autre unité de notre hôpital, pour pouvoir prendre davantage de recul. Au C.H.S. de Montbert en 2005, sur une file active de 2958 patients, 107 patients ont été pris en charge suite à une tentative de suicide, 12 avaient moins de 25 ans. Les deux tiers des patients suicidants ont été hospitalisés.

Ces cinq entretiens n'ont évidemment aucune valeur statistique, la représentation qu'ils donnent de la réalité est donc forcément tronquée. Mais ils représentent une certaine richesse par la quantité de connaissances et de situations vécues accumulées par ces cinq personnes. De plus, ces trois types différents de prise en charge recoupent une grande partie de l'offre de soin qui est proposée aux jeunes suicidants. Ainsi, sur 195 000 tentatives de suicides prises en charge annuellement par le système de soin, 162 000 passent par les urgences et 42 000 sont hospitalisées en psychiatries[1]. Nous notons toutefois que ce panel pourrait être compléter par des entretiens dans des services de pédiatrie, de pédopsychiatrie, de MCO[2] et auprès des médecins généralistes. À partir de cette analyse, nous nous permettrons donc de tirer quelques conclusions, en ayant bien conscience de l'aspect empirique de notre démarche et du fait que celles-ci demandent à être validées par d'autres études plus complètes.

[1] M.C. Mouquet, V. Bellamy et V. Carasco, « Suicide et tentatives de suicide », *Études et résultats*, magazine en ligne de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, 488, 05, 2006, consultable sur www.sante.gouv.fr
[2] Médecine, chirurgie et gynécologie obstétrique

b. Conditions des entretiens

Nous tenons, avant toute chose, à remercier le personnel des U.M.P., de l'unité E.S.P.A.C.E. et du pavillon 8 pour nous avoir accueilli dans leurs locaux et pour nous avoir consacrer un peu de leur temps. Nous n'avons pas rencontré de difficultés techniques dans la réalisation de ces entretiens. Cependant, les démarches administratives pour obtenir l'autorisation de mener ces entretiens ont fait ressortir la sensibilité quant au sujet abordé. La durée des entretiens a été fixée à une vingtaine de minutes.

Pour des raisons de confidentialité, nous nommerons les infirmiers interrogés dans l'ordre chronologique de réalisation des entretiens : MM. A et B, Mmes C, D et E. Afin de faciliter la lisibilité des informations, celles-ci seront données sous la forme d'un tableau. Les informations données pour les trois premiers entretiens sont celles recueillies en 2000 et n'ont pas été corrigées. Nous n'avons pas jugé opportun de faire figurer en annexes les compte-rendus des entretiens, mais nous les tenons à la disposition de toutes personnes qui souhaiteraient les consulter.

	Service actuel	Age	Année de diplôme	Services antérieurs	Ancienneté dans le service	Autres formations
M. A	U.M.P. C.H.U. Nantes	40	1985 (Diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique)	Services d'hospitalisation en psychiatrie à St Jacques (C.H.U. de Nantes), pendant 5 ans	12 ans	Diplôme Inter Universitaire : Étude et prise en charge des conduites suicidaires
M. B	E.S.P.A.C.E. C.H.U. Nantes	30	1995 (Diplôme d'État d'Infirmier)	Services d'hospitalisation en psychiatrie dans un C.H.S., sur Paris, pendant 2 ans Unité d'hospitalisation, en thérapie brève au C.H.U. de Nantes, pendant 3 ans	Depuis novembre 2000 participation à la réflexion sur le projet de l'unité	Travail écrit de fin d'étude sur le thème de l'adolescent suicidant Diplôme Inter Universitaire : Étude et prise en charge des conduites suicidaires

Mme C	E.S.P.A.C.E. C.H.U. Nantes	48	1978 (Diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique)	Unité d'admission en psychiatrie pendant 2 ans Unité de psychogériatrie, pendant 6 mois Hôpital de jour, pendant 8 ans Centre Médico-Psychologique, pendant 4 ans Unité d'aide à la sortie, pendant 3 ans	Depuis novembre 2000 participation à la réflexion sur le projet de l'unité	Diplôme d'art-thérapie Participation au groupe *Balint (*travail d'analyse professionnelle)
Mme D	Pavillon 8 C.H.S. Montbert	30	2000 (Diplôme d'État d'Infirmier)	Services de chirurgie et de médecine au C.H.U. d'Angers Services de chirurgie, de médecine, dispensaire en brousse et service d'admission en psychiatrie (Guyane) Services d'hospitalisation en psychiatrie C.H.S. de Blain	Depuis 2003	Formation : la crise suicidaire reconnaître et prendre en charge (2004) Formation au Pack (2005)
Mme E	Pavillon 8 C.H.S. Montbert	28	2003 (Diplôme d'État d'Infirmier)	Services d'hospitalisation en psychiatrie au C.H.S. de Montbert depuis 2003	Depuis janvier 2006	Formation au Pack (2004)

2. Introduction à l'analyse des entretiens

L'approche théorique nous donne les outils d'une réflexion, qui se veut la moins dogmatique et la plus ouverte possible, sur la pratique professionnelle des infirmiers travaillant auprès des jeunes suicidants. Des entretiens réalisés, nous dégageons trois idées majeures. La première est que les urgences médico-psychologiques, une unité de crise et une unité d'hospitalisation en psychiatrie adulte, bien qu'ayant chacune leurs spécificités, sont complémentaires dans le soin auprès des jeunes suicidants. La seconde idée repose sur l'importance d'une triangulation de l'alliance thérapeutique entre l'équipe, le patient et sa

famille. Enfin, nous démontrerons que la prise en charge du jeune adulte en crise repose sur la création d'un espace transitionnel.

3. Spécificités et complémentarités des urgences médico-psychologiques, d'une unité de crise et d'un service de psychiatrie adulte

Les U.M.P., les unités de crise et les services de psychiatrie adulte sont habitués à recevoir les jeunes suicidants. Cependant, les axes de travail de chacun diffèrent en certains points. Ainsi ces unités n'ont pas toujours les mêmes objectifs, ni les mêmes priorités, elles ont chacune leurs spécificités. Nous nous attarderons, dans un premier temps sur chacune d'entre elles. Dans un second temps, nous chercherons à montrer comment ces différences doivent être dépassées pour créer un lien et une cohérence dans la prise en charge.

a. Les U.M.P. : « la réponse essentielle [...] repose sur la notion d'accueil[1] »

Dans ses recommandations professionnelles sur la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, l'A.N.A.E.S.[2] insiste sur « la qualité de l'accueil aux urgences et des premiers contacts, et en particulier le respect de la confidentialité [qui] paraissent essentielles à la bonne continuité des soins et à l'adhésion de l'adolescent. [...] Il apparaît important de favoriser un climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité ». Le travail de l'infirmier aux U.M.P. « va être d'essayer de créer un contact le plus rapidement possible afin d'établir un échange qui soit aidant et qui soit constructif »[3]. Ce premier contact nécessite la création d'un « climat de confiance » qui demande que « le patient nous sente à l'écoute de ses difficultés ». L'accueil aux U.M.P. permet donc le relais

[1] 1er entretien
[2] Recommandations Professionnelles sur la Prise en charge Hospitalière des Adolescents après une Tentative des Suicide, novembre 1998, consultable sur www.has.sante.fr
[3] 1er entretien, ainsi que les citations suivantes.

du somatique au psychologique. Pour l'A.N.A.E.S. : « l'organisation de l'accueil aux urgences, avec mise au calme, en essayant de garder autant que possible les mêmes interlocuteurs, contribue à une sécurisation immédiate »[1]. Cette sécurisation nécessite de donner « le sentiment au jeune qu'il est dans un endroit adapté, avec des gens qui sont peut-être capables de lui venir en aide »[2]. L'accueil aux U.M.P. constitue donc un temps important du parcours de soin du jeune adulte suicidant.

Dans cette même perspective, le premier entretien aura également une place prépondérante, il constitue le « moment clef, le moment fort du passage en médico-psy ». Son but est de « permettre à la parole d'être réutilisée comme un instrument de communication », c'est-à-dire « permettre à la personne de verbaliser sa souffrance, tous ses affects douloureux, en partant de l'idée simple que quand les choses peuvent être dites, elles font moins souffrir à l'intérieur ». Pour X. Pommereau, « cette rencontre exerce en elle-même une fonction thérapeutique par la verbalisation des affects éprouvés […] des choses s'expriment alors qui ne pouvaient être dites avant et qui ne le seront pas après lorsque les mécanismes de défense auront pris le dessus »[3]. Le rôle de l'infirmier va être de préparer cet entretien avec le patient, pour qu'il se passe dans les meilleures conditions possibles. Cette préparation passe par un échange « en lui expliquant où il est et en lui expliquant ce qu'on lui propose, c'est-à-dire qu'on va l'informer, de façon adaptée et diplomatique, qu'il va avoir un entretien avec un psychiatre »[4].

Il apparaît par conséquent que l'infirmier, dans sa fonction d'accueil aux U.M.P., est un élément important de la création de l'alliance. Aussi, comme le rappel l'A.N.A.E.S., « ce sentiment d'être compris, reconnu par l'intervenant, la capacité d'établir un bon contact avec la personne suicidaire, ne peuvent être remplacés par aucune technique standardisée. Pour chaque personne particulière l'intervenant aura à rechercher une alliance thérapeutique »[5].

---

[1] Conférence de consensus : *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, texte long des recommandation du jury, op. cit.*
[2] 1er entretien, ainsi que les citations suivantes
[3] X. Pommereau, *op. cit.*, p. 259
[4] 1er entretien
[5] Conférence de consensus : *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, texte long des recommandation du jury, op. cit.*

b. L'hospitalisation en psychiatrie adulte : « il faut démystifier la psychiatrie »[1]

Dans ses recommandations l'A.N.A.E.S.[2], définie l'hospitalisation comme la règle, tout particulièrement en cas :

- « de risques de récidive immédiate de la TS, en particulier s'il existe une forte intentionnalité suicidaire, afin d'assurer la sécurité du patient ;
- de pathologie psychiatrique non stabilisée, patente ou suspectée, dans le but de préciser le diagnostic et d'instaurer un traitement adapté au trouble identifié ;
- d'environnement extérieur jugé comme particulièrement défavorable, voire délétère (maltraitance, abus sexuels), dont il convient de protéger le patient ;
- si l'adolescent le désire ;
- s'il n'est pas possible de mettre en place rapidement un suivi suffisamment structuré par un réseau ambulatoire ».

Cette hospitalisation peut se dérouler, selon les contraintes et les possibilités, dans les services de psychiatrie infanto-juvénile ou d'adultes, de pédiatrie, voire de médecine qui se chargent de cette mission. L'institution psychiatrique, de par son histoire et les préjugés qui restent attachés à la maladie mentale, reste un lieu stigmatisé et parfois même stigmatisant, surtout pour des adolescents. La peur de la maladie peut les amener à « fuir les lieux trop marqués par la psychiatrie institutionnelle »[3]. Ce constat est à l'origine de la création de structure, comme l'unité E.S.P.A.C.E., spécialisées dans ces prises en charge. Car si « dans la plupart des cas, il n'est [...] pas souhaitable d'hospitaliser les jeunes suicidaires [...] dans des unités de psychiatrie ayant à traiter des malades mentaux aux pathologies sévères et évolutives », il n'en reste pas moins que cette situation existe soit par nécessité, comme dans les cas d'hospitalisation sous contrainte, soit par manque d'autres possibilités (absence de place dans une structure spécialisée ou structure inexistante dans la région...).

Les deux temps importants pour essayer de démystifier l'hospitalisation vont être le premier entretien et l'inventaire. Comme aux U.M.P. « la chose primordiale, dans un début de

---

[1] 4ème entretien

[2] Recommandations Professionnelles sur la Prise en charge Hospitalière des Adolescents après une Tentative des Suicide, *op. cit.*

[3] X. Pommereau, « Contenir sans détenir ou la notion du cadre thérapeutique », Actes de la cinquième journée Médecine et Santé de l'Adolescent : *Adolescents difficile : entre autorités et soins*, 13 décembre 2003, Angers, consultable sur www.med.univ-angers.fr, ainsi que la citation suivante.

prise en charge c'est l'entretien d'accueil »[1]. Des images ou des expériences négatives peuvent être associées à la psychiatrie, l'infirmier doit chercher à apaiser la situation et à rassurer le patient, en lui expliquant « qu'un psychiatre c'est un spécialiste de la relation qui à une certaine capacité pour aider les personnes à faire le point par rapport à ses difficultés »[2].

L'une des difficultés, si le patient est adressé par les urgences, réside justement dans le fait qu'il aura déjà raconté son histoire à plusieurs personnes. L'entretien d'accueil a pour but essentiel « d'évaluer le risque suicidaire, par différentes questions »[3] ; mais il permet également la création d'un lien, avec l'infirmier présent, qui peut continuer à se construire dans les premiers jours d'hospitalisation[4], par la mise en place d'une référence infirmière. L'infirmier référent est souvent une personne ressource pour le jeune et sa famille, car il constitue un interlocuteur privilégié de part sa connaissance de l'histoire du sujet. Il assure également au sein de l'équipe un rôle dans la coordination des différents intervenants et la mise en place du projet thérapeutique. Au cours du premier entretien, l'évaluation du risque suicidaire doit se faire « sans avoir peur de parler de la mort en tant que telle »[5], donc en posant des questions simples et directes qui permettent de diminuer une certaine angoisse en mettant des mots, comme suicide et idées suicidaires, sur le motif de l'hospitalisation. Nous noterons ici l'importance, sur ce point essentiel qu'est l'évaluation, de la formation des soignants sur la crise suicidaire. La qualité de la réflexion personnelle des soignants sur ce sujet nous a semblé influencée par le fait qu'ils aient participé ou non à cette formation.

« Après l'entretien d'accueil, la deuxième chose fondamentale c'est l'inventaire ». Au-delà de l'aspect primordial de la prévention d'un éventuel passage à l'acte, il constitue un temps de dialogue entre le soignant et le patient « en leur expliquant le pourquoi du comment : pourquoi on retire tel ou tel objet, [...] en n'ayant pas peur des mots ». Ce temps permet également à l'équipe de montrer au jeune que nous prenons au sérieux ses idées suicidaires et que nous ne minimisons pas son mal-être, afin de limiter le risque de banalisation du passage à l'acte.

Cette hospitalisation, qui est souvent la première, est aussi le premier contact du jeune avec le secteur dont il dépend. À partir de cette hospitalisation peut découler une orientation sur un suivi, en ville ou sur un centre médico-psychologique, ou sur une prise en charge en hôpital de jour. La qualité de l'alliance thérapeutique de ce premier contact peut être un des facteurs importants de l'observance du suivi ultérieur.

---

[1] 4ème entretien
[2] 1er entretien
[3] 4ème entretien
[4] 5ème entretien
[5] 4ème entretien, ainsi que les citations suivantes

c. L'unité E.S.P.A.C.E. : « la philosophie soignante [...] va être un travail d'accompagnement, de guidance dans une démarche de soin »[1]

Dans son projet, l'unité E.S.P.A.C.E. se définit comme « une unité de transition et de médiation destinée à prendre en charge les jeunes adultes en mise en danger de soi […] un chaînon institutionnel indispensable », l'objectif étant de fournir aux jeunes patients en situation de crise un lieu de soin et d'élaboration psychique qui débouche au bout d'une dizaine de jours sur un suivi ambulatoire. Ainsi que le rappelle R. Bocher, chef du service à l'unité E.S.P.A.C.E., « ne rentre ici que les patients qui le veulent vraiment »[2], ceux qui s'engagent dans « un contrat de soin basé sur une alliance thérapeutique ». Dans cette unité, « le rôle infirmier […] va être un soutien dans une réflexion du patient sur lui-même »[3]. En effet, l'un des objectifs poursuivis par cette unité est « une relance du fonctionnement psychique sidéré »[4]. Cette relance passe par « une aide à l'introspection, une aide à la verbalisation et puis un travail éducatif pour certains jeunes qui n'ont pas acquis les règles de la vie en groupe »[5]. Cependant, au-delà du soutien que peut offrir l'équipe, « la fonction de l'hospitalisation va être de rendre à l'adolescent sa liberté d'action et de pensée »[6]. Il va donc falloir s'attacher à « accompagner et en aucun cas faire à la place de lui, mais être à ses côtés »[7]. L'objectif est de donner ainsi la possibilité au jeune d'être acteur de son soin, pour « donner du sens à ce qu'il peut vivre, c'est à dire être en adéquation avec ses ressentis, ses émotions, ce qui le met à mal, ce qui le réjouit ».

L'hospitalisation se déroule dans un temps relativement court, une durée moyenne d'environ neuf jours dans un cadre thérapeutique prédéterminé et rythmé par des temps forts. Tout d'abord, l'entretien d'admission, puis un temps de 48 heures, où l'adolescent est séparé de son environnement et où il travaille avec un infirmier à l'élaboration d'un génogramme. Ensuite, un entretien médical pour tenter de définir les objectifs et la durée de son

---

[1] 2ème entretien
[2] Citations extraites de l'article d'A. Fouquet, « Espace, l'unité de réanimation psychique », *Ouest France*, Mercredi 3 juillet 2002, ainsi que la citation suivante.
[3] 2ème entretien
[4] Fiche d'identification du projet : *Unité de prévention et de traitement des jeunes adultes en situation de crise notamment les suicidants au C.H.U. de Nantes*
[5] 3ème entretien
[6] D. Perisse, V. Polylandes, « Rôle d'une unité d'hospitalisation spécialisée pour adolescents suicidants et suicidaires », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2001, p.494
[7] 3ème entretien, ainsi que la citation suivante.

hospitalisation. Au cours de l'hospitalisation, des entretiens avec la famille et des groupes de paroles entre adolescents seront réalisés à des temps et des rythmes prédéfinis.

Cependant, ce fonctionnement n'est pas synonyme d'une négation des divergences d'idées et des individualités. Ainsi, « il peut coexister différents points de vue, ce n'est pas mettre en difficulté le jeune par rapport à cela, encore faut-il qu'il y retrouve une certaine cohérence »[1]. Cette cohérence permet une continuité des soins par l'établissement d'une relation de confiance basée sur la capacité de l'équipe soignante à accompagner, prendre en charge et soigner leur patient[2].

d. La nécessité du lien : « on forme un tout, dans le cadre duquel le jeune à besoin de se sentir rassuré »[3]

Dans une étude rétrospective portant sur trente six patients décédés par suicide, le manque de communication entre intervenants apparaissait comme un problème sérieux dans neuf cas[4]. C'est de cohérence dont le sujet a besoin pour être apaisé : « le jeune a besoin de sentir des points forts, il est tellement perdu ». Donc, « l'important dans le travail en réseau, ça va être que le jeune sente, avant qu'il arrive, qu'il y a des choses sur lesquelles il puisse s'appuyer »[5]. Aussi le choix de l'hospitalisation doit être mûrement réfléchi durant la prise en charge aux U.M.P. et « se fera en fonction de la demande de la personne, et de ce que l'on jugera utile pour elle »[6].

En aval, cela suppose « un travail d'évaluation clinique », de ce fait « le passage en médico-psy. [U.M.P.] a un but diagnostique, a un but thérapeutique et a un but d'orientation ». C'est ainsi que l'équipe de l'U.M.P.A.J.A. (unité médico-psychologique pour adolescents et jeunes adultes) du C.H.U. de Bordeaux identifie trois fonctions dans la prise en charge du jeune suicidant[7] :

---

[1] 2ème entretien
[2] M. Hautefeuille, « Les Conditions de la construction de l'alliance », article consultable sur www.psydoc-fr.broca.inserm.fr
[3] 2ème entretien
[4] H. Hendin, A. Pollinger Haas, J.T. Maltsberger, B. Koestner et K. Szanto, « Problem in psychotherapy with suicidal patients », article consultable sur www.ajp.psychiatrieonline.com
[5] 2ème entretien
[6] 3ème entretien, ainsi que les citations suivantes.
[7] Équipe de l'U.M.P.A.J.A., art. cit., p.15-16

- l'évaluation médico-psychologique qui doit être effectuée le plus tôt possible après que le patient a retrouvé ses esprits ;
- l'intervention relationnelle par la mise en place d'un relation d'aide précoce ;
- l'orientation optimale dont l'intérêt des patients doit déterminer les conditions.

Ces trois axes de travail sont également présents dans la prise en charge à l'unité E.S.P.A.C.E. et en psychiatrie adulte, tout d'abord dans l'évaluation par « le croisement des informations [de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire] sur le vécu du jeune »[1]. L'un des outils principalement utilisés, dans cette optique d'évaluation, est le recueil écrit des données. Cependant les temps d'échanges dans les équipes, qu'ils soient formels ou informels, demeurent fondamentaux : « il y a des choses indéfinissables que l'on ne peut écrire ». Ces temps permettent d'« interroger régulièrement nos actes et nos pratiques, la signification des projets établis avec notre patient afin de s'assurer si ceux-ci ont un sens dans son cheminement »[2].

Nous pouvons également affirmer que le temps de l'évaluation à une valeur thérapeutique intrinsèque, puisqu'« il s'agit d'éviter la banalisation de l'acte suicidaire et d'éviter que l'impasse du sujet en souffrance psychique ne confine à l'impasse thérapeutique »[3]. Le développement de cet axe est basé sur « énormément d'empathie, de vigilance, et puis d'écoute»[4]. Cette démarche repose sur la nécessité parfois de « réactiver la bonne volonté »[5] du patient en début d'hospitalisation, car il ne faut pas perdre de vue que « la seule alliance, c'est dans le désir du jeune d'aller mieux, de moins souffrir ». Enfin, comme aux U.M.P. et en psychiatrie adulte, l'unité de crise à également un rôle d'orientation, puisque le but sera à terme « d'orienter vers une psychothérapie »[6]. Chaque passage d'une étape à une autre dans la démarche de soin du jeune se doit d'être préparé avec lui : « ce n'est pas mettre quelqu'un dans une ambulance pour qu'il débarque […] dans un lieu complètement inconnu »[7]. Donc, l'infirmier des U.M.P. se doit d'expliquer l'intérêt que cette hospitalisation présente pour le patient. À la fin de celle-ci, quand le patient va reprendre le

[1] 3ème entretien, ainsi que la citation suivante
[2] M. Hautefeuille, art. cit.
[3] Fiche d'identification du projet : *Unité de prévention et de traitement des jeunes adultes en situation de crise notamment les suicidants au C.H.U. de Nantes*
[4] 3ème entretien
[5] 2ème entretien, ainsi que la citation suivante.
[6] 3ème entretien
[7] 1er entretien

cheminement de sa vie, il lui faut « des points d'appui forts avec les psychothérapeutes qui vont pouvoir le suivre, ou les autres partenaires »[1].

Conclusion : particularité et cohérence de l'itinéraire de soin

La spécificité de chaque prise en charge doit donc s'accorder autour d'une cohérence dans le parcours de soin du jeune adulte suicidant. Cette cohérence est le fruit d'une collaboration entre les intervenants afin de permettre que la meilleure réponse thérapeutique soit apportée à l'adolescent[2]. Ainsi chaque service fonctionne avec des objectifs particuliers qui sont liés aux besoins du patient à un moment donné de la prise en charge. Les U.M.P. se positionnent plus dans l'accueil de l'adolescent, car de la qualité de cette prise en charge fondamentale dépend la réussite d'un passage du somatique au psychologique. Les unités d'hospitalisation de psychiatrie adulte admettent des jeunes suicidants, souvent dans des conditions difficiles et inadaptées. Mais elles essayent, compte tenu d'une image encore asilaire, de rassurer le patient et sa famille. L'unité de crise a pour objectif de soutenir le jeune dans sa démarche de soin, le jeune commençant ainsi à devenir acteur de sa propre vie, en dépassant l'état de sidération psychique qui l'a amené au passage à l'acte.

Transcendant ces particularités, on retrouve dans ces unités trois axes majeurs de travail : l'évaluation médico-psychologique, l'intervention relationnelle et l'orientation optimale. De plus, l'infirmier, à travers son rôle propre d'accueil, d'information et de soutien du patient, doit permettre à l'ensemble du parcours de soin de garder une cohérence. En février 2000, dans son rapport, le groupe de travail sur *La Souffrance psychiques des adolescents et des jeunes adultes* signalait déjà, au ministère de l'Emploi et de la Solidarité et au Haut Comité de la santé publique la nécessité de « redéfinir l'organisation psychiatrique, repenser ses frontières avec les autres professionnels du soin et de l'aide sociale et [de] modifier ses statuts [...] [et qu'il était] souhaitable que les services psychiatriques pour adolescents soient en liaison avec les autres institutions chargées de l'enfance : justice,

[1] 2ème entretien

[2] C.J. Wilson, D. Rickwood, F.P. Deane et J. Ciarrochi, « Intersectorial and interagency partnership to investigate youth help-seeking and response of at-risk young men intervention service », *4th National Conference of Infant, Child and Adolescent Mental Health*, Mars 2001, Brisbane, Australia, consultable sur www.vow.edu.au

éducation, social et médico-social »[1]. Pour ce faire, « chaque professionnel doit être capable de servir de relais vers un autre professionnel car les situations de souffrance des jeunes sont toujours à composantes multiples ». La même année, dans les cent propositions pour une prévention globale faites au ministre délégué à la ville, les professionnels de santé ont insisté sur l'importance de « favoriser la création des réseaux [dont] l'objectif devrait être non seulement le soin mais aussi l'accompagnement. Tout devrait être mis en œuvre pour mettre l'accent sur la valorisation des jeunes en difficultés. Ce travail de valorisation serait à faire en liaison avec les jeunes eux-mêmes et leur famille »[2].

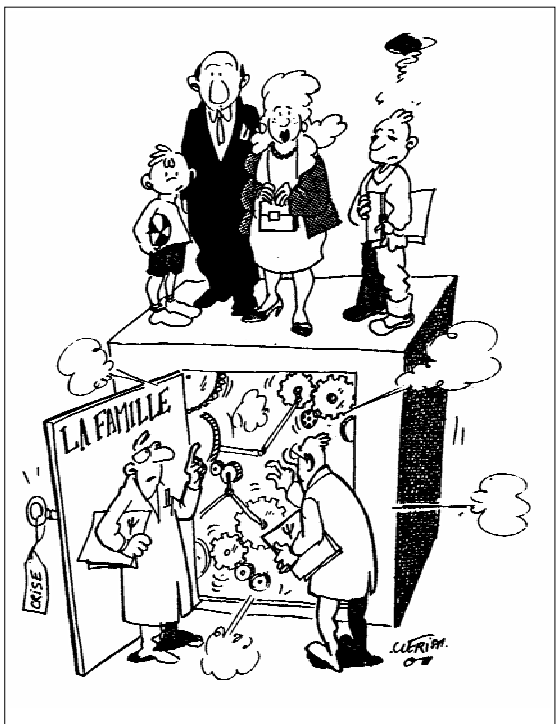
4. Triangulation de l'alliance thérapeutique entre la famille, le jeune et l'équipe soignante

Une étude récente, portant sur le vécu de la tentative de suicide, insistait pour que l'environnement relationnel du patient suicidant soit davantage impliqué dans les dispositifs de prise en charge et de prévention[3]. Nous chercherons, dans le chapitre suivant, à démontrer que l'alliance thérapeutique avec le jeune adulte suicidant ne peut se concevoir sans son entourage. Tout d'abord, nous ferons le point sur la place accordée aux familles dans les structures de soin. Ensuite, nous verrons en quoi ces familles sont des « partenaires de soin »[4]. Enfin, nous chercherons les difficultés et les limites de cette triangulation.

[1] « Conclusion et recommandation », rapport du groupe de travail sur *La Souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et au Haut Comité de la santé publique, février 2000, consultable sur www.sante.gouv.fr, ainsi que la citation suivante.
[2] P. Baudry , C. Blaya, M. Choquet, E. Debarbieux et X. Pommereau, *Souffrance et violence à l'adolescence*, Issy-les-Moulineaux, 2000, Éditions E.S.F., p.153
[3] B. Gohier, P. Genest, J.B. Garré, M. Walter, L. Le Moigne, D. Levy, M. Nguyen et P. Dhont, « Lectures croisées du vécu de la tentative de suicide. Compte rendu d'une enquête multicentrique », *Revue Française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, 2005, 9, 88, p.35-38
[4] 2ème entretien

a. La place de la famille : « la famille doit être le premier rempart contre le suicide »[1]

Les relations que le jeune entretient avec sa famille sont « très variables ». Ainsi aux U.M.P., « on voit des familles complètement éclatées où les liens familiaux sont très pauvres et qui ne sont d'aucun soutien dans cette période difficile qu'est l'adolescence ». Mais on rencontre également des familles « où tout semble bien se passer ». Pour X. Pommereau, bien que « dans la majorité des cas, rien ne permet d'affirmer que telle ou telle situation familiale pathogène conduira spécifiquement à l'acte suicidaire […], il n'en demeure pas moins que la gravité de certains traumatismes, leur conjonction et le moment où ces derniers surgissent, peuvent constituer des facteurs hautement suicidogènes »[2]. Nous ne pouvons penser le mal-être de l'adolescent sans replacer celui-ci au sein d'interactions notamment avec « l'entourage familial [qui] a son rôle à jouer dans la prise en charge d'un patient »[3].



La famille en crise, illustration publiée dans *Le journal des psychologues*, avril 1990

Le geste suicidaire et les affects associés nécessitent que l'équipe soignante soit présente pour « entendre la famille, entendre parce qu'eux aussi, ils sont bouleversés par ce qui s'est passé »[4]. Ainsi « ils sont souvent dans la culpabilité et eux aussi, forcément, ils ont des choses à dire, des choses qu'il va falloir entendre »[5]. L'hospitalisation permet donc « à la famille d'apaiser leurs angoisses et […] fournit un étayage mobilisateur supportable »[6]. Ces parents, « réactivés dans leur propre adolescence, […] doivent bénéficier eux aussi dans l'institution de possibilités d'écoute en parallèle de la prise en charge de leur enfant ». C'est

[1] 1er entretien, ainsi que les citations suivantes
[2] X. Pommereau, *L'Adolescent suicidaire*, *op. cit.*, p.107
[3] 4ème entretien
[4] 1er entretien
[5] 2ème entretien
[6] X. Pommereau, *op. cit.*, p.240, ainsi que la citation suivante

en ce sens que « le soignant va être là pour recevoir tous les états d'âme de la famille », car « ils ont besoin d'évacuer cette souffrance, de la dire, donc ils la déposent ici »[1].

La famille peut également apporter « des éléments complémentaires, que le jeune ne va pas pouvoir donner, mais que l'on va pouvoir recroiser après ». Ces entretiens avec l'entourage permettent également d'« évaluer les capacités de soutien de la famille, de quelle façon la famille va jouer un rôle pour tenter de diminuer la détresse ou pour tenter d'enrayer la crise »[2]. Car, « face à la crise il est important de prendre en compte et de respecter la famille dans son fonctionnement, de voir avec elle les différentes solutions déjà envisagées »[3]. Toutes ces raisons font que les familles ont leur place dans la prise en charge du jeune adulte suicidant, et que « la recherche d'une alliance thérapeutique avec la famille est également fondamentale »[4].

b. Les difficultés rencontrées : « elles sont tellement mal, ça leur fait tellement peur, qu'elles sont agressives vis-à-vis de l'équipe»[5]

Ainsi, l'hospitalisation ne vise pas à écarter la famille de la démarche de soin de leur enfant, d'autant qu'elles sont aussi souvent en crise. Ce sentiment de rejet est parfois ressenti par la famille. À l'unité E.S.P.A.CE., un temps de séparation de 48 heures est institué systématiquement après l'entrée du patient, cette mise à distance existe également en psychiatrie adulte. Il est important de parler de cette séparation avec la famille, de leur expliquer la nécessité pour chacun de prendre du recul. C'est un temps « où la personne va réfléchir sur elle-même, protégée de toutes les relations extérieures »[6]. L'objectif de ce temps va être également de « faciliter les relations avec l'entourage en général, que ce soit la famille ou les amis ». Mais souvent la famille a elle aussi besoin de prendre une certaine distance avec leur enfant, car elle « est très souvent en grande souffrance et qu'elle n'a pas forcément

[1] 3ème entretien, ainsi que la citation suivante
[2] 1er entretien
[3] P. Bantman, « Alliance thérapeutique avec la famille ? », Colloque du Comité Européen Droit, Éthique et Psychiatrie, *Lois sur l'hospitalisation psychiatrique : panser le système ou repenser la loi*, 29-30 septembre 1995, Paris, article consultable sur www.serpsy.org
[4] X. Pommereau, *op. cit.*, p.240
[5] 4ème entretien
[6] 2ème entretien, ainsi que la citation suivante

en fait des gens autour d'elle pour évacuer cette souffrance »[1]. Cet éloignement a donc deux dimensions :

- « défensif, car en évitant la présence des objets œdipiens, le jeune cherche à se protéger, de façon plus ou moins consciente, de la reviviscence d'élans amoureux à l'égard de ces mêmes objets, élans soumis à une sexualité génitalisée [...] ;
- structurant, car cet éloignement en favorisant le deuil des objets œdipiens (du fait de leur absence), facilite l'idéalisation de ces derniers, préalable indispensable au processus d'identification à ces objets. C'est alors que l'identification aux objets œdipiens rend possible les retrouvailles, dans la réalité, avec ces objets[2] ».

Les équipes doivent également lutter contre les préjugés souvent négatifs que peuvent avoir les familles, car souvent ils « ne connaissent pas la psychiatrie [...] parce que la psy est encore très taboue malheureusement »[3]. Il importe donc que l'équipe puisse leur permettre de verbaliser leurs angoisses, de les rassurer et de répondre à leurs questions, tout en résistant au risque de désignation de la famille comme coupable.

Cette alliance avec la famille est nécessaire afin de pouvoir élaborer des projets de soin qui, s'ils ne prennent pas suffisamment en compte les problèmes propres du patient et ceux de sa famille, risquent de réintroduire le conflit[4]. Ce travail ne peut se faire qu'avec des rencontres triangularisées adolescent/soignants/famille ; cette pratique, semble malheureusement « encore un peu nouvelle dans la psychiatrie d'aujourd'hui »[5], bien que certaines études tendent à montrer l'impact bénéfique sur la compliance et sur le devenir des adolescents[6].

---

[1] 4ème entretien, p.2
[2] J. Malka, H. Pettenati, Ph. Duverger et J.B. Garré, « La Question de la « référence » chez l'adolescent en quête de nouveaux territoires », article consultable sur le site de la *Psychiatrie angevine* : www.med.univ-angers.fr/AARP/psyangevine ainsi que la citation suivante
[3] 1er entretien
[4] P. Bantman, art. cit.
[5] 4ème entretien
[6] K. Shelef, G. M. Diamond, G. S. Diamond, H. A. Liddle, « Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy », article consultable sur www.6miami.edu

c. La famille et l'équipe pluridisciplinaire « sont des partenaires de soin »[1]

La famille est partie prenante dans la prise en charge et cela à plusieurs niveaux. Tout d'abord aux U.M.P., la famille est accueillie par l'infirmier puis éventuellement en entretien avec le psychiatre. Cette rencontre permet de « faire en sorte que le passage à l'acte soit la possibilité d'entamer des liens nouveaux entre les adolescents et les parents », pour que « cela puisse apporter un changement » en réponse au désir « de modification des relations avec son entourage » qui est exprimé par la tentative de suicide du jeune. D'un point de vue systémique, l'adolescent est d'une certaine façon le « porteur du symptôme » d'une famille en crise : « l'hospitalisation est une occasion pour l'adolescent et son environnement familial d'éprouver […] des expériences différentes dans des temps simultanés[2] ». Pendant cette période, il est donc important de soutenir les parents, « les laisser seuls aux prises avec cette expérience peut conduire à des impasses, soit dans le registre de la rupture de lien avec l'adolescent, soit dans le registre de l'impossibilité de supporter la séparation ouvrant sur l'interruption du traitement ». Il est donc indispensable de « nouer avec eux une alliance réelle témoignant d'un engagement réciproque dans un projet commun autour de l'adolescent ».

À un autre niveau, les rapports de la famille avec l'équipe créent « une relation de confiance où l'on va, à travers les différents coups de téléphone, les différents échanges qu'ils vont solliciter, donner des infos quant à l'évolution du jeune sans pour autant livrer le nœud de la prise en charge». Ainsi, c'est également tout au long du déroulement de l'hospitalisation que l'équipe infirmière sera en contact avec l'entourage du jeune.

Enfin, l'un des objectifs va être de les rassurer dans leur fonction en permettant « une revalorisation du rôle parental à l'adolescence, en insistant sur l'importance du cadre familial »[3]. Il ne s'agit « en aucun cas [de] renforcer le trou qui peut exister entre leur enfant et eux-mêmes »[4]. C'est dans ce même objectif de soin que nous trouvons l'intérêt de l'utilisation par les soignants du génogramme (ou génosociogramme) « qui va permettre au jeune de se resituer dans sa famille, un peu ses fondations »[5]. Cet outil psycho-généalogique

---

[1] 1er entretien, ainsi que la citation suivante.
[2] G. Schmit, « L'Hospitalisation de l'adolescent : travail avec les familles », *Adolescence et séparation, trajet de soin*, 3ème journée de Médecine et de Santé de l'adolescent, 8 décembre 2001, ainsi que les citations suivantes.
[3] Ph. Jeammet et E. Birot, *op. cit.*, p.31
[4] 2ème entretien
[5] 3ème entretien, ainsi que les citations suivantes.

est réalisé par le patient accompagné d'un infirmier. Il se fait de mémoire et peut redonner à la filiation une réalité biologique sociale et psychologique, sous la forme d'un arbre généalogique dans lequel figurent les faits marquants et les liens importants. Cet outil permet ainsi « au jeune de se situer matériellement dans son arbre généalogique » et ensuite « quand on referme le document […] on peut dire qu'il se réapproprie sa famille ou du moins il accepte l'histoire. Il est acteur de sa vie ». L'hospitalisation, par la séparation qu'elle produit, offre au patient « les outils psychiques pour lui permettre le recul, la réflexion sur ce qui s'était joué là et ouvrir pour lui de nouvelles perspectives face à un conflit, à une situation dont l'intensité lui était intolérable, la signification perdue et/ou l'issue satisfaisante impossible »[1]. C'est donc pour les soignants une « démarche […] subtile, effectivement, d'accompagner le jeune et aussi de remettre les parents auprès du jeune »[2].

d. Les limites de cette triangulation : « l'invitation que l'on fait à ces personnes, ces parents [...] c'est de dire à l'adolescent qu'ils se sentent démunis mais qu'ils peuvent faire appel à un spécialiste »[3]

Si l'un des objectifs de la prise en charge du jeune adulte suicidant est de lui permettre de recréer des liens avec ses parents, il ne s'agit cependant nullement de les intégrer comme soignant mais bien d'essayer de les aider à retrouver une place, grâce à une relation « triangulaire : famille, patient et équipe soignante »[4]. Mais il ne faut jamais perdre de vue que « nous sommes tous partenaires, et chacun garde sa place : nous, de soignant ; le patient, de patient ; et les parents restent dans leur rôle de parents, et c'est encore là qu'ils sont les meilleurs ». Par conséquent, si les parents sont de véritable « partenaires de soin », « en aucun cas [ils] ne doivent être soignants ». Ceci n'est nullement en contradiction avec le principe de « travailler ensemble autour de la souffrance de l'enfant, qu'il soit adulte, jeune adulte ou adolescent ». En ce qui concerne la prise en charge des jeunes suicidants, on peut donc retenir

[1] R. Cahn, « Séparation et élaboration », *Adolescence et séparation, trajet de soin*, 3ème journée de Médecine et de Santé de l'adolescent, 8 décembre 2001
[2] 2ème entretien
[3] 1er entretien
[4] 2ème entretien, ainsi que les citations suivantes.

ce principe : « l'hospitalisation n'est pas un traitement individuel […] le lien avec la famille doit être l'objet de soins attentifs »[1].

En outre, les jeunes hospitalisés peuvent donner aux infirmiers « un rôle plus important que celui qu'[ils pourraient] avoir dans d'autres services »[2] ; le danger serait que le patient qui « investit des soignants de manière très positive […] [puisse] avoir le sentiment qu'il trahit ses parents »[3]. Nous apercevons alors toute la sensibilité et la finesse dont doit faire preuve l'équipe pluridisciplinaire pour « garantir ce cadre soutenant, sans en faire trop et se substituer au cadre parental »[4]. L'hospitalisation constitue donc « une parenthèse » dans la vie du patient, où les soignants ne doivent pas faire « à la place du jeune et encore moins à la place des parents ». Et c'est peut être là « toute la subtilité, en faire suffisamment sans en faire trop, sans remplacer qui que ce soit ».

Conclusion : une alliance à la fois indispensable, difficile et fragile

Nous avons démontré que nous ne pouvions exclure la famille de la prise en charge du jeune adulte suicidant. Ils y ont leur place, celle de parents, et peuvent contribuer à la démarche personnelle de soin du patient.

L'ensemble des soignants interrogés insiste sur l'importance de rencontrer la famille pour mieux comprendre la souffrance du jeune suicidant et sur la nécessité de travailler avec ces familles à la verbalisation des affects et à l'élaboration de nouvelles solutions. Une étude portant sur un groupe de jeune suicidant montre que la mise en place d'un protocole d'entretiens familiaux semble diminuer de manière significative le risque de récidive et les réhospitalisation[5].

Cependant, il arrive que les relations entre les parents et le jeune, ou entre les parents et le service, ne soient pas ce qu'elles devraient ou pourraient être. Il ne s'agit nullement de porter un jugement de valeur, mais plutôt de se demander si l'alliance thérapeutique ne risque

---

[1] G. Schmit, *op. cit.*
[2] 2ème entretien
[3] G. Schmit, *op. cit.*
[4] 2ème entretien, ainsi que les citations suivantes.
[5] J.C. Oualid, « Protocole de thérapie brève de famille de suicidant », Conférence de consensus : *La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, du 19 au 20 octobre 2000 à Paris, *op. cit.*

pas alors d'être bancale, affaiblie et inefficace. Les soignants ne pourront pas remplacer les parents, et *vice-versa* : la triangulation de l'alliance peut être fragilisée tant par ses manques, c'est-à-dire les possibles difficultés relationnelles, que par ses abus, c'est-à-dire le risque d'usurpation des rôles. Il n'existe ni famille typique, ni jeune standardisé, c'est donc à l'équipe soignante de s'adapter « en fonction des besoins du moment, des besoins de la personne », afin que le jeune reste au centre de la réflexion sur le soin. Il s'agit ainsi de favoriser « une demande d'aide précoce [pour] permettre de dénouer une situation vécue comme insupportable et promouvoir la capacité autocurative de la famille »[1], dans le but de permettre au jeune d'accéder à un processus de séparation/individuation.

5. Vers la création d'un espace transitionnel

La séparation du jeune adulte suicidant d'avec son milieu peut être considérée « comme un premier temps utile, voire indispensable [puisqu'elle constitue] le temps de l'élaboration »[2]. Nous avons montré que la dimension psychothérapeutique de la prise en charge était nécessaire, bien qu'il soit hélas fréquent aujourd'hui de donner la priorité « à la suppression du symptôme et de la souffrance au prix du déni ou de la non-prise en considération du conflit, de la souffrance ; la chimiothérapie […] venant là s'inscrire dans un mouvement général de colmatage […], dans une sorte de relais médicalisé d'un certain type de fonctionnement mental, d'options face au monde au sein desquelles […] [les] conduites agies s'inscrivent déjà tout naturellement ».

Il convient donc d'aider le jeune dans « le réaménagement de l'espace relationnel avec la recherche d'une nouvelle distance avec les personnes précédemment investies, la famille ou ce qui en tient lieu, et la quête d'un territoire personnel et de nouvelles limites ». Pour permettre ce processus de séparation/individuation, le soin a donc comme objectif premier de permettre l'aménagement d'un espace transitionnel, c'est-à-dire d'une « aire intermédiaire d'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure »[3].

---

[1] Conférence de consensus : *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, texte long des recommandation du jury, op. cit.*
[2] R. Cahn, art. cit., ainsi que les citations suivantes.
[3] D.W. Winnicott, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris, Masson, 1990, p.9

Nous montrerons tout d'abord que la création de cet espace repose sur la constatation d'un mal-être profond, lié à ce processus de séparation/individuation, de l'adolescent suicidant. Dans un second temps, nous observerons que l'atteinte de cet objectif nécessite la mise en place d'un cadre suffisamment contenant. Ces fondations étant posées, l'objectif sera d'atteindre d'une forme de co-prescription de l'hospitalisation et du soin par le jeune. Enfin nous verrons qu'au travers de la distance thérapeutique, la création de l'espace transitionnel implique de réussir à obtenir un équilibre entre passivité de l'équipe soignante et passivation du jeune adulte.

a. Constat d'une crise : « le jeune n'arrive pas à vivre par lui-même et pour lui-même »[1]

La population accueillie à l'unité E.S.P.A.C.E. est « spécifique dans son mal-être, la crise existentielle se situant surtout à l'adolescence »[2]. L'expression de cette souffrance est polymorphe : « certains ont des réactions de rejet de la famille, de rejet de la société. Mais ce rejet peut être un tremplin pour la vie d'adulte, pour mettre à distance tout ce qu'ils ont acquis, alors certains le font sans être agressifs, d'autres sont auto-agressifs, hétéro-agressifs ». Le suicidant exprime dans son passage à l'acte un problème qui se trouve « à la croisée de tous les chemins : celui de la maturation et du développement de l'individu, celui de l'inéluctable intrication somato-psychique, celui des interactions entre l'adolescent et ses parents, celui de l'irruption du social dans le champ individuel, celui des mobilisations fantasmatiques provoquées par l'après-coup de l'adolescence et de la puberté, celui des questions existentielles auxquelles tout être humain sera un jour confronté, en un mot la croisée des chemins du destin »[3].

Or, « au niveau du passage à l'acte, on s'aperçoit que l'élément qui est à l'origine […] c'est bien souvent quelque chose d'anodin »[4]. Les jeunes sont dans un contexte instable « de grande fragilité émotive » qui s'explique par le fait qu'ils sont confrontés à plusieurs types de difficultés. C'est d'ailleurs bien souvent « le cumul de ces difficultés qui fait qu'[ils en arrivent] à passer à l'acte». Mais ce ne sont pas tous les adolescents qui, face à des

[1] 2ème entretien
[2] 3ème entretien, ainsi que la citation suivante.
[3] D. Marcelli, *Adolescence et dépression*, Paris, Masson, 1990, p.155
[4] 1er entretien, ainsi que les citations suivantes.

difficultés parfois très complexes ou parfois minimes, vont tenter de se suicider. La tentative de suicide s'inscrit dans l'histoire de la personne, « il n'est pas tomber ainsi, un beau matin ». Ainsi l'adolescence, par le nécessaire travail de deuil de l'enfance qu'elle implique, est une période de la vie où les jeunes, souvent déjà fragilisés dans leurs assises narcissiques, sont très vulnérables et où le plus petit changement peut avoir des impacts affectifs et comportementaux importants. L'événement précipitant « n'est pas quelque chose qui va expliquer à lui seul toutes les raisons du mal-être ». Il peut faire s'effondrer un jeune déjà en proie à des tensions internes insupportables liées à l'impossible « accès à l'autonomie, à la capacité d'être seul [1]». L'adolescent n'arrive pas au moment de la crise « à concilier avec une dépendance à autrui qui soit normale et non aliénante».

Ses conflits sont donc projetés à l'extérieur. Le sujet décharge son angoisse dans une « réalité externe, placée sous le contrôle du domaine perceptivomoteur et donc de la conscience, du Moi et de l'action volontariste »[2]. L'agir constitue donc un refuge pour le jeune, en opposition à la temporalité, c'est à dire à la capacité d'accepter une certaine frustration donc à pouvoir mentaliser le conflit. En effet, la temporalité renvoie à l'attente, à la passivité « qui n'est pas sans analogie avec celle du Moi de l'adolescent face aux changements pubertaires qui s'imposent à lui […]. Il existe donc une opposition dialectique potentielle entre l'espace et le temps comme entre réalité externe et réalité interne ».

L'hospitalisation, en constituant un espace transitionnel, vise ainsi à faire un lien entre l'intériorité du Moi et ce qui l'entoure. C'est dans cet objectif que « le passage à l'acte est interrogé en entretien d'accueil »[3]. À l'entrée du patient, « on l'interroge pour savoir s'il a toujours des velléités suicidaires […]. On va le pousser dans cet interrogatoire et on va le réactiver […] autant de fois que l'on n'aura pas senti de critiques de cet état ». L'objectif est donc de permettre au passage à l'acte, qui appartient à l'activité et au monde externe, de pénétrer le monde interne et la passivité, afin de permettre une élaboration psychique du sujet, « où l'adolescent s'avère en mesure de s'interroger sur le sens de l'acte ou du symptôme à l'origine de [la] mesure de séparation »[4]. C'est alors à l'équipe soignante « d'aider le jeune à découvrir et mettre en pratique le travail d'appropriation de son acte »[5].

---

[1] V. Griner, « Ruptures, adolescence et tentative de suicide », *Soins Psychiatrie*, 246, 9-10, 2006, p.36-40, et la citation suivante.
[2] Ph. Jeammet, « Temps et espace à l'adolescence », *Adolescence et séparation, trajet de soin*, 3ème journée de Médecine et de Santé de l'adolescent, 8 décembre 2001, ainsi que la citation suivante.
[3] 3ème entretien, ainsi que la citation suivante.
[4] Ph. Jeammet, art. cit.
[5] R. Cahn, art. cit.

b. La nécessaire « recherche de repères, d'un cadre»[1]

Il existe donc, en ce qui concerne le fonctionnement psychique, une sorte de dialectique entre le temps et l'espace que l'on va retrouver au niveau de l'aménagement du soin. Ainsi « le problème, c'est comment éviter que les patients colmatent leurs blessures par l'agrippement au passé et la négation de l'écoulement du temps par la répétition et la pérennisation des troubles psychopathologiques. Comment réintroduire donc une temporalité qui va signifier pour eux la séparation, le renoncement à un certain lien avec le passé et donc implicitement l'acceptation de cette blessure, et comment faire en sorte que cette séparation ne soit pas pour eux synonyme de destruction »[2].

Or le but de l'hospitalisation est de permettre que le jeune « soit acteur de son soin comme lui aussi à envie d'être acteur de sa vie »[3]. Le patient se situe alors dans « un processus de séparation/individuation qui va être difficile ». Ainsi pour R. Cahn, « la séparation ou l'hospitalisation constitue déjà en soi un acte thérapeutique, annonçant ce qui se prolongera dans l'action hospitalière ou institutionnelle pour autant que la fermeté et les limites nécessaires […] ne seront pas confondues avec arbitraire et coercitif »[4].

C'est en ce sens que le déroulement de l'hospitalisation doit être basé sur un règlement intérieur (voir annexe 4 : règlement intérieur de l'unité E.S.P.A.C.E). Ce règlement, en fixant l'interdit, permet de poser un cadre et des limites précises à l'hospitalisation. Il vise aussi à « redonner un rythme, avec une journée structurée […] : des temps de sommeil adaptés, des temps d'alimentation bien précis »[5]. Cela permet, « dans la mesure où on fait référence au même règlement », de donner à l'équipe une cohérence que l'on retrouve dans cet emploi du temps journalier précis qui est fixé pour chaque jeune[6]. Cette fonction cadrante et contenante de l'hospitalisation est actée par l'engagement du patient qui signe le règlement, se redonnant alors une place active dans sa démarche de soin. Dans l'unité E.S.P.A.C.E., pour faire adhérer l'adolescent à ce règlement, celui-ci doit signer un exemplaire qui lui est remis à son admission. Cette adhésion pose la base d'une alliance tripartite entre :

- « d'une part, le patient à qui il est demandé de respecter la loi de l'institution [...] ;
- d'autre part l'institution, qui est garante de la loi et doit savoir la faire respecter [...] ;

[1] 2ème entretien
[2] Ph. Jeammet, art. cit.
[3] 2ème entretien, ainsi que la citation suivante.
[4] R. Cahn, art. cit.
[5] 2ème entretien, ainsi que la citation suivante.
[6] 3ème entretien

- enfin, le thérapeute qui s'engage à s'abstenir de juger la conduite de ses patients, à avoir envers eux une certaine empathie, à être là pour prendre le temps de l'écoute, de la clarification des choix possibles, des orientations souhaitables avec le patient[1] ».

Ce cadre thérapeutique, issu d'une conception psychopathologique de l'adolescence[2], a pour objectif de permettre à la personne de pouvoir verbaliser autour de son histoire personnelle. C'est en basant son travail sur celle-ci que l'équipe soignante aura le plus de chance de favoriser l'alliance thérapeutique[3].

c. La co-prescription de l'hospitalisation par le patient : « ce n'est pas lui qui a toutes les clefs, mais c'est lui qui peut les prendre en main pour ouvrir les portes »[4]

Pour D. Marcelli, une démarche psychothérapeutique nécessite une motivation suffisante qui peut être signifiée par trois variables :

- « une curiosité suffisante par rapport au monde psychique interne » ;
- « une anxiété, un malaise assez important pour faire souffrir l'adolescent et une reconnaissance de ce malaise comme étant le sien » ;
- « une lassitude devant la perception que les évènements se répètent »[5].

La crise suicidaire, par sa décompensation au moment du passage à l'acte, va permettre de favoriser la mise en place d'une action psychothérapeutique, puisque « le passage à l'acte est à la fois un moment d'effondrement maximal et aussi un moment d'émergence où la parole, les échanges peuvent être facilités »[6]. Lors de cette approche, « le but demeure d'aider le patient à s'engager dans un travail thérapeutique en lui permettant d'en saisir le sens »[7].

---

[1] M. Hautefeuille, art. cit.
[2] N. Mammar, « Prise en charge institutionnel et menace de passage à l'acte suicidaire », cours du 25 mai 2007, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Angers
[3] A. Søgaard Nielsen, « Factors influencing the therapeutic alliance and treatment compliance : the individual experience », article consultable sur www.nad.fi
[4] 2ème entretien
[5] D. Marcelli, *op. cit.*, p. 146
[6] 2ème entretien
[7] A. Braconnier, *op. cit.*

L'hospitalisation vise alors à une « réanimation psychique » du jeune adulte, c'est « un temps particulier indispensable et intensif d'une prise en charge globale qui devra, dans la quasi-totalité des cas, se prolonger après la sortie de l'hôpital[1] ». En rendant le patient acteur de son soin pendant son hospitalisation, l'objectif est donc d'avoir une alliance suffisamment bonne pour permettre la mise en place d'un suivi. Si la prise en charge immédiate du jeune adulte suicidant après sa tentative de suicide constitue sans nul doute un moment propice pour amorcer une prise en charge, il n'en reste pas moins que celle-ci ne se fera pas sans difficulté.

Le cadre thérapeutique associé à la contractualisation du soin par le patient permettent ce que X. Pommereau nomme le « cadre d'évolution », c'est-à-dire « l'ensemble du dispositif formel et contractuel fournissant des temps et des espaces thérapeutiques inscrit dans la réalité externe mais riche d'éléments figuratifs propices à la symbolisation »[2]. Mais pour que ce cadre ne soit pas vécu comme coercitif, le soignant doit s'assurer d'un minimum d'engagement de la part du patient : « nous insistons sur l'intérêt de l'hospitalisation contractuelle avec une information correcte et une adhésion minimale du jeune et de ses parents, qui seuls peuvent garantir le développement d'une alliance thérapeutique durable »[3].

Le contrat de soin, en constituant un tiers symbolique, permet de renvoyer le sujet à ses engagements, à ses objectifs mais aussi de pouvoir travailler les transgressions fréquentes à l'adolescence. Pour pouvoir résister à toutes ces attaques le cadre doit être souple, pour ne pas s'inscrire dans une toute-puissance soignante face à une toute-puissance de l'adolescent, mais il doit être suffisamment solide pour ne pas voler en éclat. Mais ces attaques qui constituent des vicissitudes au sein de l'alliance thérapeutique sont également un élément central du travail thérapeutique avec les patients suicidants, ce qui suppose des soignants une négociation d'autant plus prudente du cadre[4]. D'où la nécessité de temps de parole au sein de l'équipe, mais aussi de « reprise avec le psychologue quand on est dans une situation un petit peu en entonnoir, quand on ne sait plus trop comment avancer dans la prise en charge et trouver quelque chose pour que cela se débloque[5] », l'effort de comprendre ce qui se passe requiert un regard sur l'impact qu'a chaque participant de l'alliance sur l'autre[6]. La qualité de

---

[1] J. Laget, J.M. Chanez, P.F. Duboz, B. Plancherel, L. Staffoni-Donadini, F. Schwarz et O. Halfon, « Hospitalisation psychiatrique des adolescents dans le canton de Vaud : une étude sur les modalités d'admission, les filières de soin, le rôle et le vécu de l'hospitalisation », *Schweizer Archiv Für Neurologie und psychiatrie,* 2002, 153 (6), p. 272-281, article consultable sur www.sanp.ch

[2] X. Pommereau, « Contenir sans détenir ou la question du cadre thérapeutique », art. cit.

[3] J. Laget et al., art. cit.

[4] E. M. Plakun, « Making the alliance and taking the transference in work with suicidal patients », *J. Psychother Pract Res,* 10 (4), 2001, article consultable sur www.jppr.psychiatrieonline.org

[5] 5ème entretien

[6] E. M. Plakun, art. cit.

l'alliance thérapeutique nécessite donc une réflexion sur nous-même, car nous ne sommes pas seulement sujet aux effets du comportement des patients mais aussi à nos propres angoisses, contre lesquelles nous luttons avec nos propres mécanismes défensifs mais aussi ceux de l'institution[1].

d. Équilibre activité/passivité et alliance thérapeutique : « la seule alliance, c'est dans le désir du jeune d'aller mieux, de moins souffrir »[2]

Appuyer le soin sur un contrat, c'est valoriser « la volonté et la responsabilité individuelle »[3]. Ce choix thérapeutique repose sur une représentation du patient comme un sujet « capable d'autodétermination », qui ne subit pas passivement son statut de patient, d'adolescent en souffrance, mais qui « est acteur de ce qu'il est ».

L'objectif dès le début de la prise en charge est d'amener le patient à considérer qu'il a fait le bon choix et que l'hospitalisation est indispensable, « que, aujourd'hui, les solutions qu'il a trouvées [la tentative de suicide] ne sont pas les bonnes et lui dire qu'il y en a d'autres, des moins nuisibles »[4].

Les soignants doivent « se servir de leur qualité empathique […] pour créer un climat de confiance […] c'est la condition de base pour que lui puisse se permettre de verbaliser ses difficultés »[5]. Pour Rogers, « l'aidant encourage l'expression libre des sentiments », dans une certaine mesure par « l'attitude amicale, intéressée, réceptive », dans une autre mesure, en s'abstenant « de bloquer le flot d'hostilité et d'anxiété, les sentiments d'inquiétude et d'ambivalence, et les indécisions »[6].

Il faut donc trouver un équilibre, dans la distance thérapeutique, entre une trop grande neutralité, voir une tendance rejetante, de l'équipe face à une demande qui parfois n'arrive pas à émerger, et un activisme des soignants qui viserait à imposer les soins au patient, au risque

---

[1] J. Hook, « The role of psychodynamic psychotherapy in a modern general psychiatrie service », *Advances in Psychiatric Treatment*, 2001, 7, p.461-468, article consultable sur www.apt.rcpsych.org
[2] 2ème entretien
[3] J.P. Duflon, « Barreaux et contrat de soins : entre deux modèles sociétaux », article consultable sur www.psychiatrieviolence.ca, ainsi que les citations suivantes.
[4] 2ème entretien
[5] 1er entretien
[6] C. Rogers, *Le Relation d'aide et la psychothérapie*, t.1, Paris, Les Éditions Sociales Françaises, 1970, p. 48

de rendre le sujet consommateur de l'hospitalisation ou de favoriser une agressivité du jeune qui se sentirait infantilisé ou persécuté par l'équipe. C'est en ce sens que nous parlons d'équilibre en passivité et passivation[1].

La notion de « bonne distance » demande pour les soignants un questionnement répété de leur pratique. Le soignant est pris entre deux impératifs éthiques opposés : le respect de l'autonomie et le risque d'accusation de non-assistance à personne en danger[2]. Pour cette raison, aux U.M.P., « le maître-mot, c'est l'adaptabilité »[3], c'est-à-dire travailler « en sachant que toutes les personnes n'ont pas les mêmes besoins et que les besoins d'une même personne peuvent varier ». Pour pouvoir se situer par rapport au sujet et donc lui offrir les meilleurs soins, le soignant doit donc s'intéresser à l'histoire de vie du sujet[4] afin de comprendre et de prévoir aux mieux les réactions de celui-ci au sein de la relation.

Conclusion : l'alliance thérapeutique au sein d'un espace transitionnel

La crise existentielle de l'adolescent et du jeune adulte est en partie fondée sur leur difficulté à vivre leur monde intérieur. Comme nous l'avons montré précédemment, l'agir et notamment les conduites à risque, constituent un mode privilégié d'expression de sa souffrance. L'hospitalisation doit donc fournir un espace contenant pour permettre à l'adolescent d'exprimer sa souffrance. Les éléments de cette contenance sont entre autres le règlement intérieur, qui sert de base au cadre thérapeutique, et le contrat de soin. À partir de ce contrat, l'adolescent va pouvoir s'approprier les soins. Cette activation du sujet ne peut se faire qu'en établissant une distance thérapeutique qui soit opérante. Ainsi, « si une trop grande passivité […] peut être ressentie comme la marque d'un désintérêt voire d'un abandon, une trop grande passivation du patient ne fait que renforcer le vécu d'emprise, dont a pu témoigner le passage à l'acte comme seul recours pour s'y soustraire du moins momentanément »[5]. L'équipe soignante s'efforcera donc de « libérer le sujet des contraintes

[1] B. Robin, *Chroniques d'une unité de crise*, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », 2001, p.3
[2] M. Lustman, « Les professionnels face à le prise en charge du suicide », cours du 24 mai 2007, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », Angers
[3] 1er entretien, p.4, ainsi que la citation suivante.
[4] K. Michel, D. Jobes, A.A. Leenaars, J.T. Maltsberger, P. Dey, L. Valach et R. Young, « Meeting the suicidal person », article consultable sur www.aeschiconferences.unibe.ch
[5] B. Robin, *op. cit.*, p.3

et de lui donner un rôle actif, non pas dans le maintien de sa fidélité à ses liens passés marqués par l'ambivalence et le sentiment de les subir, mais en l'aidant à découvrir qu'il en est l'auteur et donc, dans une large mesure, le maître »[1].

En assurant cette contenance, l'hospitalisation permet au jeune d'affronter les éléments à la fois intrapsychiques et intersubjectifs qu'il cherchait à fuir dans le passage à l'acte. Le lieu de soin, en créant cet espace transitionnel, constitue « un lieu de repos pour l'individu engagé dans cette tâche humaine interminable qui consiste à maintenir à la fois séparées et reliées l'une à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure »[2.]

Pour W.W. Meissner, l'établissement de cet espace transitionnel est lié à la capacité de *holding* des soignants3. Comme la « mère suffisamment bonne » décrite par D.W. Winnicott, le réseau de soin doit « témoigner une adaptation presque totale aux besoins », cette situation peut se retrouver notamment lors du passage aux urgences somatiques ou en réanimation après la tentative de suicide. Au cours de la prise en charge, cette adaptation doit diminuer, afin de remplacer l'illusion d'une omnipotence soignante, par une aire transitionnelle, à savoir « une aire neutre d'expérience » où l'adolescent apprendra ou réapprendra à gérer ses frustrations, à réactiver ses mécanismes d'élaboration mentale, à « se remémorer, revivre à nouveau, fantasmer, rêver, intégrer le passé, le présent et le futur ».

[1] Ph. Jeammet, « Temps et espace à l'adolescence », art. cit.
[2] D.W. Winnicott, *op. cit.*, p.9
[3] W.W. Meissner, *The Therapeutic Alliance*, Yale University Press, New Haven & Londres, 1996, p.19, ainsi que les citations suivantes.

Conclusion de l'analyse d'entretien

Cette analyse d'entretien nous a permis de nous confronter à la réalité de la pratique professionnelle des infirmiers avec le jeune adulte suicidant, mais également de profiter de leur expérience sur ce thème. Nous pouvons conclure que « l'émergence d'une bonne alliance peut être comparable à une réaction chimique favorable ou néfaste dans laquelle certains des composants jouent des rôles différents »[1]. À partir de cette réflexion, nous dégageons donc trois composants de l'alliance thérapeutique.

Nous affirmons que chaque prise en charge soignante, bien que spécifique, doit s'inscrire à l'intérieur du parcours de soin du jeune suicidant. D'où la nécessité de travailler au sein d'un réseau de professionnels, qui regroupe les intervenants au plus près des jeunes en souffrance. Cette complémentarité est essentielle à la cohérence de l'ensemble, elle ne saurait donc exclure la famille.

En effet, l'un des objectifs de cette prise en charge est d'inscrire la relation dans une triangulation entre lui, l'équipe soignante et sa famille. Bien que le rôle de la famille ait ses propres limites et que le soin souhaite favoriser le processus de séparation/individuation de l'adolescent, l'alliance thérapeutique est dépendante de leur participation aux soins.

Par la rupture qu'elle provoque avec le monde du patient, l'hospitalisation, au travers du cadre thérapeutique et de la contractualisation des soins, permet la création d'un espace transitionnel. Cette création repose sur l'équilibre relationnel entre passivité et passivation du patient, afin que le jeune suicidant ait le sentiment d'un travail en commun avec une équipe qui lui apporte aide et soutien : c'est l'émergence d'une alliance thérapeutique comme première étape d'un processus psychothérapeutique.

[1] A. Braconnier, *op. Cit.*

Conclusion

À partir de la situation de départ, nous nous sommes posé la question de ce qui pouvait influencer l'alliance thérapeutique avec des adolescents suicidants qui manifestaient une certaine passivité dans la prise en charge ou s'opposaient d'une manière plus active à l'aide qui leur était proposée.

Dans l'approche conceptuelle, nous avons montré que l'adolescence est un mouvement puissant, aux limites floues. Les difficultés du jeune à pouvoir élaborer son identité, au cours du processus de séparation/individuation, sont liées aux failles des assises narcissiques constituées dans son enfance. La perte de repères, à la fois physiologiques, sociaux et psychologiques, et les ajustements qui en découlent, peuvent donc être générateurs de souffrance.

Notre réflexion nous a éclairé sur la complexité psychopathologique du suicide, un problème de santé publique et un fait social total, mais qui demeure avant tout un drame individuel. Si la tentative de suicide est le résultat d'influences multiples, c'est également l'aboutissement d'un cheminement interne. Elle est l'expression, à travers le corps, d'une souffrance psychique résultant de l'incapacité du sujet jeune à élaborer son autonomie et son individualité. L'intentionnalité suicidaire est marquée par une perte d'espoir, une absence de choix qui donnerait à penser que la mort constitue la seule solution. Mais au-delà de cette recherche explicative, la crise suicidaire nous apparaît également comme une opportunité thérapeutique.

L'hospitalisation du jeune adulte suicidant peut alors permettre l'instauration d'une alliance thérapeutique et ainsi diminuer le risque majeur de récidive. L'alliance thérapeutique peut être définie comme un espace de soin où le patient et l'équipe soignante travaillent ensemble vers un objectif commun de mieux-être. Or la création de cette alliance est au centre de la prise en charge infirmière, ce qui justifiait donc de les interroger sur leur pratique professionnelle.

L'analyse des entretiens menés auprès d'infirmiers aux urgences médico-psychologiques, en unité de crise et en unité d'hospitalisation de psychiatrie adulte, met en évidence les facteurs suivants comme pouvant influencer l'alliance thérapeutique :

- la cohérence de chaque prise en charge, par leur bonne articulation, l'intégration des spécificités, des complémentarités et des limites des interventions ;

- l'alliance avec la famille, dans le respect des fonctions de chacun ;
- l'équilibre relationnel, entre l'abandon et l'omnipotence des soignant, permettant la création d'un espace transitionnel, une aire d'expérimentation, maintenue par un cadre contenant, où l'adolescent va recréer du lien entre sa réalité interne et le monde externe.

Cette étude nous amène donc à la question suivante : **comment trouver l'équilibre entre passivité et passivation du jeune adulte suicidant afin de permettre la création d'une alliance thérapeutique entre l'équipe soignante, le patient et sa famille ?**

Nous ne pouvons pas donner de réponse catégorique à cette interrogation. Cependant, cette étude nous a permis de pouvoir proposer des hypothèses de solutions, qui seront à valider par d'autres recherches :

- la création, le renforcement et l'ouverture de réseaux formalisés au plus près du sujet jeune, permettant l'adéquation des différents acteurs, dans les domaines sanitaires, sociaux, éducatifs, scolaires, associatifs, juridiques, politiques, etc.
- La nécessaire sensibilisation, et même formation, de ces intervenants. En effet, il nous est apparu, au cours des entretiens, qu'il existe une plus grande pertinence dans les propos des infirmiers qui avait été formés au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire.
- La mise en place d'entretiens familiaux de manière systématique.
- Une réflexion, dans les unités d'hospitalisation, autour du sens que nous donnons au règlement intérieur, pour définir en quoi ce dernier constitue un élément du cadre thérapeutique et non un instrument de la toute-puissance soignante.
- La contractualisation du soin entre le psychiatre, le jeune et un référent infirmier, ce qui suppose une construction, par l'équipe, de la notion de référence infirmière.
- L'élaboration de temps permettant une régulation de la relation thérapeutique comme les réunions soignants/soignés, les réunions institutionnelles, les synthèses, les temps de supervision, etc., afin de donner ou de redonner du sens au travail accompli par chacun en appuyant le soin sur une approche conceptuelle qui soit la moins dogmatique et la plus ouverte possible.

Annexes

Annexe 1 : l'échelle de désespoir[1]

ÉCHELLE H
(HOPLESSNESS SCALE)

De A.T. BECK
Traduction française : J. COTTRAUX *et al.*

L'échelle de désespoir mesure l'une des dimensions cognitives de la dépression : le pessimisme. Elle représente aussi une mesure permettant d'évaluer les risques de tentative de suicide ou de suicide.

L'échelle de désespoir présentée en France sous le nom de Questionnaire H est la traduction française de la "Hopelessness scale" mise au point par A.T. Beck en 1974. Cette traduction a été publiée par Cottraux, Bouvard et Légeron en 1985. Elle repose sur un certain nombre d'hypothèses concernant la dépression.

- Selon Beck, l'une des bases de la dépression serait des schémas cognitifs dysfonctionnels situés dans la mémoire à long terme et qui polariseraient l'information dans un sens négatif systématique.
- Le sujet dépressif a pour caractéristique l'absence de projection dans le futur et une vue lugubre de celui-ci. A.T. Beck a décrit la triade cognitive qui associe des considérations négatives sur soi, le monde extérieur et le futur. L'échelle de désespoir est une mesure du pessimisme chez le dépressif et a pour but l'évaluation de potentialités suicidaires. Elle évalue aussi les schémas cognitifs dysfonctionnels dont le dénominateur commun est l'absence de projection positive dans le futur. C'est une échelle de dépression, dont le score global reflète indirectement l'intention suicidaire.

[1] J.D. Guelfi, *L'Évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, CD-Rom édité par Pierre Fabre Système Nerveux Central

NOM: **PRENOM:** **SEXE:** **AGE:** **DATE:**

Veuillez attribuer à chacune des affirmations ci-dessous
la caractéristique vrai ou faux.

---

1 J'attends le futur avec espoir et enthousiasme.

---

2 Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi.

---

3 Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours.

---

4 Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans.

---

5 J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire le plus faire.

---

6 Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi.

---

7 Mon avenir me semble sombre.

---

8 Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens.

---

9 Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raisons de croire que j'en aurai dans le futur.

---

10 Mon expérience passée m'a préparé(e) parfaitement pour l'avenir.

---

11 Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir.

---

12 Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus.

---

13 Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant.

---

14 Les choses ne sont pas comme je le veux.

---

15 J'ai foi en l'avenir.

---

16 Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que se soit.

---

17 Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur.

---

18 L'avenir me semble vague et incertain.

---

19 Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments.

---

20 Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas.

L'échelle de désespoir est actuellement une mesure facile à utiliser dans la clinique de tous les jours et la recherche sur la dépression et le suicide. Fiable, homogène, sensible, elle a été validée dans sa version anglaise et française. Elle est utilisée depuis 15 ans en clinique et recherche.

Annexe 2 : the revisited helping alliance questionnaire (Haq-II)[1]

[1] www.uhps.upenn.edu

THE HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE
Patient Version

INSTRUCTIONS: These are ways that a person may feel or behave in relation to another person -- their therapist. Consider carefully your relationship with your therapist, and then mark each statement according to how strongly you agree or disagree. Please mark every one.

	strongly disagree	disagree	slightly disagree	slightly agree	agree	strongly agree
1. I feel I can depend upon the therapist.	1	2	3	4	5	6
2. I feel the therapist understands me	1	2	3	4	5	6
3. I feel the therapist wants me to achieve my goals.	1	2	3	4	5	6
4. At times I distrust the therapist's judgment.	1	2	3	4	5	6
5. I feel I am working together with the therapist in a joint effort.	1	2	3	4	5	6
6. I believe we have similar ideas about the nature of my problems.	1	2	3	4	5	6
7. I generally respect the therapist's views about me.	1	2	3	4	5	6
8. The procedures used in my therapy are not well suited to my needs.	1	2	3	4	5	6
9. I like the therapist as a person.	1	2	3	4	5	6
10. In most sessions, the therapist and I find a way to work on my problems together.	1	2	3	4	5	6
11. The therapist relates to me in ways that slow up the progress of the therapy.	1	2	3	4	5	6
12. A good relationship has formed with my therapist.	1	2	3	4	5	6
13. The therapist appears to be experienced in helping people.	1	2	3	4	5	6
14. I want very much to work out my problems.	1	2	3	4	5	6
15. The therapist and I have meaningful exchanges.	1	2	3	4	5	6
16. The therapist and I sometimes have unprofitable exchanges.	1	2	3	4	5	6
17. From time to time, we both talk about the same important events in my past.	1	2	3	4	5	6
18. I believe the therapist likes me as a person.	1	2	3	4	5	6
19. At times the therapist seems distant.	1	2	3	4	5	6

THE HELPING ALLIANCE QUESTIONNAIRE
Therapist Version

INSTRUCTIONS: These are ways that a person may feel or behave in relation to another person -- their therapist. Consider carefully your relationship with your patient, and then mark each statement according to how strongly you agree or disagree. Please mark every one.

	strongly disagree	disagree	slightly disagree	slightly agree	agree	strongly agree
1. The patient feels he/she can depend upon me.	1	2	3	4	5	6
2. He/she feels I understand him/her.	1	2	3	4	5	6
3. The patient feels I want him/her to achieve the goals.	1	2	3	4	5	6
4. At times the patient distrusts my judgment.	1	2	3	4	5	6
5. The patient feels he/she is working together with me in a joint effort.	1	2	3	4	5	6
6. I believe we have similar ideas about the nature of his/her problems.	1	2	3	4	5	6
7. The patient generally respects my views about him/her.	1	2	3	4	5	6
8. The patient believes the procedures used in his/her therapy are not well suited to his/her needs.	1	2	3	4	5	6
9. The patient likes me as a person.	1	2	3	4	5	6
10. In most sessions, we find a way to work on his/her problems together.	1	2	3	4	5	6
11. The patient believes I relate to him/her in ways that slow up the progress of the therapy.	1	2	3	4	5	6
12. The patient believes a good relationship has formed between us.	1	2	3	4	5	6
13. The patient believes I am experienced in helping people.	1	2	3	4	5	6
14. I want very much for the patient to work out his/her problems.	1	2	3	4	5	6
15. The patient and I have meaningful exchanges.	1	2	3	4	5	6
16. The patient and I sometimes have unprofitable exchanges.	1	2	3	4	5	6
17. From time to time, we both talk about the same important events in his/her past.	1	2	3	4	5	6
18. The patient believes I like him/her as a person.	1	2	3	4	5	6
19. At times the patient sees me as distant.	1	2	3	4	5	6

Annexe 3 : statistiques de l'unité E.S.P.A.C.E.[1]

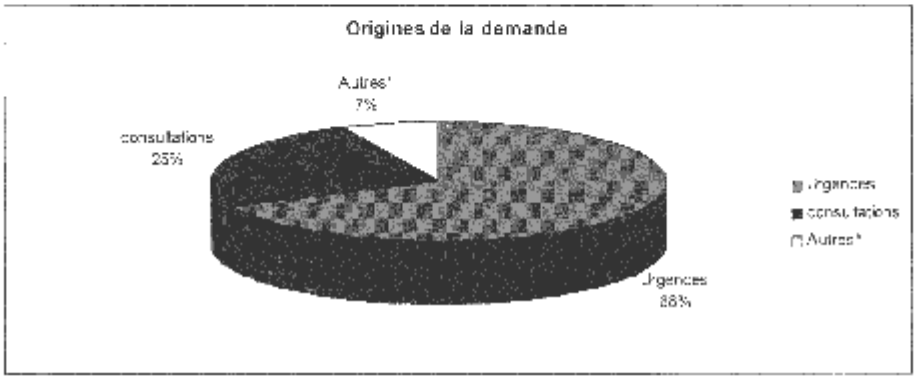
BERCHE Eric
Cadre infirmier
Unité Espace

ANNEE 2002

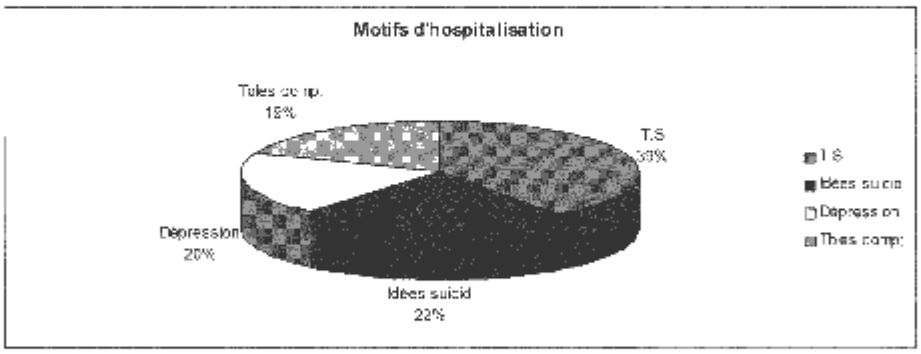
Au 30 juin 2002 (Unité d'hospitalisation)

167 entrées dont 21 réhospitalisations **Moy. âge:** 21 50 ans

DMS: **8,72 jours** **Femmes:** 117 **Hommes:** 50



2 Psy 3, 1Réa méd, 1Salorges
1 Psy 1, 1 Dr Frossard, 1 Dr Dervigne
1 psy de Rennes, 1 Dr Pierre, 1 douleur
1 HDJ Espace



[1] Ces statistiques correspondent à la période de réalisation des entretiens, afin que ces chiffres soient en relation avec la réalité des soignants au moment où ils ont répondu à nos questions.

Annexe 4 : règlement intérieur de l'unité E.S.P.A.C.E

Unité ESPACE

REGLEMENT INTERIEUR

Vous êtes hospitalisé au C.H.U de Nantes, au sein de l'unité ESPACE de soins et de prévention pour adolescents et jeunes adultes en situation de crise.

Cette unité ouverte implique de votre part un engagement volontaire dans une démarche personnelle de soins, dans le respect de soi et d'autrui.

Il est nécessaire, dès votre entrée, de prendre connaissance de ce document.

La signature de celui-ci engage l'adhésion aux soins et votre responsabilité durant toute la durée de votre hospitalisation.

ADMISSION

Les admissions se font du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 et le samedi de 9h à12h.

Vous êtes accueillis par les infirmiers du service pour une période de 48 h (sortie - visite - téléphone sont en suspens) .

A l'issue de cette période d'évaluation, un contrat de soins individuel peut alors vous être proposé, déterminant la durée et les modalités de votre hospitalisation (entretiens, médiations, sortie, visite, téléphone). Ce contrat est éventuellement révisable durant votre hospitalisation.

Un inventaire précis de tous vos effets personnels sera effectué et possiblement renouvelable. Vous pourrez déposer vos objets de valeur dans votre placard de chambre fermé à clé.

HORAIRES

L'unité est ouverte de 9h à 18h45.

* Votre présence aux repas est obligatoire :
- petit-déjeuner : 8h30 - 9h30 (dernier service 9h15)
- déjeuner : 12h15 - 13h
- dîner : 19h15 - 20h

* Les douches sont ouvertes de 8h à 21h. Par respect pour le groupe, une tenue correcte est demandée.

* Le coucher a lieu à 23h30 ; chaque patient est dans sa chambre, préparation au sommeil jusqu'à minuit.

SOINS

Des points rencontres biquotidiens (10h00 → 10h30 et 18h45 → 19h15) réuniront patients et soignants.

Des entretiens seront programmés avec vous lors du contrat se soins.

Votre présence au groupe parole du mardi et du vendredi à 15h15 est indispensable ainsi que le choix d'une autre médiation dans la semaine.

Le soin reste prioritaire dans l'emploi du temps.

DROITS

Les sorties, appels téléphoniques (reçus ou donnés) et visites seront précisés dans votre contrat de soin établi avec le médecin et un infirmier accompagnant.

L'unité est ouverte de 9h00 à 18h45 avec un maximum de sorties dans le parc d'une heure le matin et une heure l'après-midi. Il existe la possibilité de permissions ponctuelles à l'extérieur de l'hôpital de l'hôpital.

Téléphone : l'amplitude horaire téléphonique dans l'unité est de 16h45 à 18 h45. Des cabines téléphoniques dans l'enceinte de l'hopital sont à votre disposition lors de vos sorties.

Visites : Elles ont lieu de 13h30 à 18h45, préférentiellement en salle d'accueil plutôt que dans votre chambre.

Elles sont limitées dans le temps, ainsi qu'à deux par jour maximum à trois personnes par visite.

Les visites d'anciens patients ne sont pas autorisés dans l'unité.

La médiathèque est ouverte de 11h à 12h et de 14h à 18h45 (espace réservé aux patients et aux soignants)

Une salle fumeurs est à votre disposition (seul lieu où l'usage du tabac est toléré dans le service).

La télévision est accessible entre :
- 17h et 23h du lundi au vendredi
- 10h30 et 23h le week-end et jours fériés

LES INTERDITS

L'introduction et consommation d'alcool et stupéfiants sous toutes ses formes ainsi que toute substance jugée toxique par l'équipe.

L'introduction et l'usage de tout objet tranchant, coupant, contondant ou considéré dangereux par l'équipe.

La violence verbale ainsi que la violence physique sur soi ou sur autrui.

Toute dégradation de matériel ou vol entraîne l'engagement de votre entière responsabilité.

Les comportements de flirt et relations sexuelles.

Le portable est à déposer au bureau infirmier à votre entrée et vous sera rendu à votre départ selon le règlement interne au C.H.U .

LES OBLIGATIONS

Tenue et hygiène correcte.

Maintien de votre chambre et locaux communs en ordre.

Participation quotidienne aux services des repas .

Prévenir l'équipe de toute sortie (toute absence de l'unité non signalée, ou dépassant le temps imparti est considéré comme une absence non autorisée).

Toute rupture de contrat ou non respect du règlement intérieur peut faire l'objet d'une exclusion temporaire ou définitive.

BON POUR SIGNATURE. ACCEPTE LE REGLEMENT INTERIEUR

DATE

PATIENT INFIRMIER D'ACCUEIL

Bibliographie

Essais et romans

D. Anzieu, *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995

C. Baudelot et R. Estrobet, *Durkheim et le suicide*, Paris, Presses Universitaires de France, 1984

C. Baudelot et R. Establet, *Suicide : l'envers du monde*, Paris, Seuil, 2006

P. Baudry, M. Choquet, C. Blaya, E. Debardieux et X. Pommereau, *Souffrance et violence à l'adolescence*, Paris, E.S.F., 2000

B. Beitman et G. Klerman, *Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy*, Washington D.C., American Psychiatric Press, 1991

Dante, *La Divine Comédie*, Paris, Éditions Rencontre Lausanne, 1968

O. Chambon et M. Cardine, *Les Bases de la psychothérapie*, Paris, Dunod, 1999

F. Dolto et C. Dolto Toltich, *Paroles pour adolescent ou le complexe du homard*, Paris, Hatier, 1989

J.P. Dumond, P. Dunezat, M. Ledez Alexandre et J. Prouf, *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Thoiry, Heures de France, 1995

E. Durkheim, *Le Suicide*, Paris, Presses Universitaires de France, 1999

M. Fize, *Les Adolescents*, Paris, Le Cavalier bleu, coll. Idées Reçues, 2002

S. Freud, *La Technique psychanalytique*, Paris, Presses Universitaires de France, 1970

S. Freud, *Le Malaise dans la culture*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000

S. Freud, *L'Inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Folio Essai, 1985

S. Freud, *Métapsychologie*, Paris, Folio/essais, 2000

S. Freud, *Névrose, Psychose et Perversion*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002

R.R. Greenson, *The Technique and practice of psychanalysis*, New York, International Universities Press, 1967

J. Guindon, *Vers l'autonomie psychique*, Paris, Fleuros, 1982

P. Huerre, M. Pagan Reymond et J.M. Reymond, *L'Adolescence n'existe pas*, Paris, Éditions Universitaires

K. Hawton et J. Catalan, *Attempted suicide : a pratical guide to its nature and management*, 2nde édition, Oxford, Oxford University Press, 1987

Ph. Jeammet et E. Birot, *Psychopathologies des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*, Paris, Presses Universitaires de France, 1984

F. Ladame, M.H. Samy, H. Caylar et G. Rimbault, *Adolescence et suicide*, Paris, E.S.F., 1991

J. Lacan, *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966

D. Le Breton, *Conduites à risques*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002

D. Marcelli, *Adolescence et dépression*, Paris, Masson, 1990

D. Marcelli et F. Parot, *Psychopathologie des adolescents*, Paris, Masson, 1992

M. Mauss, *Sociologie et anthropologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 2004

J.M. Messick et D.C. Aguilera, *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie*, , 2nde édition, Saint-Louis, Missouri, Mosby, 1976

E. Minkowsky, *Le Temps vécu : étude phénoménologique et psychopathologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007

W.W. Meissner, *The Therapeutic Alliance*, Yale University Press, New Haven & Londres, 1996

Y. Mishima, *La Mer de la fertilité*, Paris, Quarto Gallimard, 2004

X. Pommereau, *L'Adolescent suicidaire*, Paris, Dunod, 2001

X. Pommereau, *Quand l'adolescent va mal*, Paris, J'ai lu, 1997

C. Rogers, *Client-Centered Therapy*, Boston, Houghton Mifflin, 1967

C. Rogers, *La Relation d'aide et la* psychothérapie, t.1, Paris, E.S.F., 1970

D.W. Winnicott, *Jeu et réalité, l'espace potentiel*, Paris, Masson, 1990

Articles

J. Bashan, J.L. Valdegron et V. Vaquier, « De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique », *Recherche en soins infirmiers*, 2001, 9, p.93-100

A.T. Beck *et al.*, « Hopelessness and eventual suicide : a 10-year prospective study of patient hospitalized with suicidal ideation », *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142, p.559-563

E.S. Bordin, « The Generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance », *Psychother Theory Res Pract*,1976, p.252-260

A. Braconnier, « Psychanalyse et/ou psychothérapies analytiques. Recherches sur l'alliance thérapeutique et l'analysabilité », *Psychothérapies*, 2002, 22, p.21-28

R.F. Diekstra, « The epidemiology of suicide and parasuicide », *Acta Psychiatr Scand*, 1993, 371, p.9-20

L. Faw, A. Hogue, S. Johnson, G.M. Diamond et H.A. Liddle, « The Adolescent Therapeutic Alliance Squale (ATAS) : Initial psychometrics and predictions of outcome in family-based substance abused prevention counseling », *Psychotherapy Research*, 15, 2005, p.141-154

A. Fouquet, « E.S.P.A.CE. : l'unité de réanimation psychique », *Ouest-France*, 3 juillet 2001, p.15

L. Gatson et C.R. Marmar, « The California Psychotherapy Alliance Scales », *The Working Alliance : theory, research and practice*, New York, Jon Wiley & Sons, 1994, p.85-108

B. Gohier, P. Genest, J.B. Garré, M. Walter, L. Le Moigne, D. Levy, M. Nguyen et P. Dhont, « Lectures croisées du vécu de la tentative de suicide. Compte rendu d'une enquête multicentrique », *Revue Française de Psychiatrie et de psychologie médicale*, 2005, 9, 88, p.35-38

R.R. Greenson, « The Working Alliance and transference neurosis », *Psychoanalytic Quaterly*, 343, 1965, p.155-181

C. Grillet, « Tentatives de suicide et situation d'urgence », Le Journal des psychologues, 1990, 4, p.40-41

D. Gunnell et S. Frankel, « Prevention of suicide : aspiration and evidence », *British Medical Journal*, n°308, 1994, p.574-588

V. Griner, « Ruptures, adolescence et tentative de suicide », *Soins Psychiatrie*, 2006, 9-10, 246, p.36-40

A.O. Hovarth et L. Greenberg, « The developement of the working alliance inventory », *The psychotherapeutic process : A research handbook*, New York, The Guilford Press, 1986, p.529-556

M. Kanzer, « Freud's "analytic pact" : The standard therapeutic alliance », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1981, 29, p.86

R.M. Loewenstein, « Developements in the theory of transference in the last fifty years », *International Journal of Psychoanalysis*, 1969, 50, p.583-588

Ph. Jeammet, « La Dynamique de la personnalité », *La Justice des mineurs : l'enfant vu par le psychologue et le droit*, Actes des séminaires de l'Institut des Hautes Études sur la Justice, Paris, Éditions Bruylant LGDJ, 1995, p.65-94

Ph. Jeammet, « Libertés internes et libertés externes, importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence », *1789-1989 : l'enfant, l'adolescent et les libertés*, Rennes, Actes de l'École Nationale de Santé Publique, 1990, p.15-40

Ph. Jeammet, « Les Vicissitudes du travail de séparation à l'adolescence », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1994, 42, 8-9, p.395-402

L. Luborsky, J.P. Barber, L. Siqueland, S. Johnson, L.M. Najavits, A. Franck et D. Daley, « The Revisited Helping Alliance Questionnaire (Haq-II) », *The Journal of Psychotherapy practice and research*, 1996, 5, 3, p.260-271

E. Moscicki, « Epidemiology of suicidal behavior », *Suicide prevention : toward the year 2000*, New York, Guilford, 1985, p.22-35

D. Perisse et V. Polylandes, « Rôles d'une unité d'hospitalisation spécialisée pour adolescents suicidants et suicidaires », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2001 , p.492-496

E. Ringel, « The Presuicidal Syndrome », *Suicide Life Treath Behav*, 1976, 6, p. 131-149

J.C. Rolland et O. Quénard, « État de crise suicidaire : aspects cliniques et institutionnels », *Collection de médecine légale et de toxicologie médicale*, 1982, 122, p.13-47

Y. de Roten, « Processus de co-construction de l'alliance thérapeutique », *Psychothérapies*, 2002, 20, p.243-248

J.D. Safran et J.C. Muran, « The resolution of ruptures in the therapeutic alliance », *Journal of Consulting and Clinical Psychologie*, 1996, 64, p.447-458

R. Sterba, « The Fate of the ego in analytic therapy », *International Journal of Psychoanalysis*, 1934, p.117-126

H.H. Strupp et D.E. Hartley, « The Therapeutic Alliance : its relationship to outcome in brief psychotherapy », *Empirical studies of psychoanalytical theories*, vol.1, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, 1983, p.1-37

E. Zetzel, « The Concept of transference », *The Capacity for emotional growth*, New York, International Universities Press, 1970, p.168-181

Équipe de l'U.M.A.P.A.J.A., « L'Hôpital, le soignant et le jeune suicidant », *Soins Psychiatrie*, 1994, 11, p.14-20

Internet

P. Bantman, « Alliance thérapeutique avec la famille ? », Colloque du Comité Européen Droit, Éthique et Psychiatrie, *Lois sur l'hospitalisation psychiatrique : panser le système ou repenser la loi*, 29-30 septembre 1995, Paris, article consultable sur www.serpsy.org

J.P. Duflon, « Barreaux et contrat de soins : entre deux modèles sociétaux », article consultable sur www.psychiatrieviolence.ca

J. B. Garré et B. Gohier, « Le Suicide », article consultable sur le site de « la Psychiatrie angevine » : www.med.univ-angers.fr/AARP/psyangevine

M. Hautefeuille, « Les Conditions de la construction de l'alliance » , article consultable sur www.psydoc-fr.broca.inserm.fr

H. Hendin, A. Pollinger Haas, J.T. Maltsberger, B. Koestner et K. Szanto, « Problem in psychotherapy with suicidal patients », article consultable sur www.ajp.psychiatrieonline.com

P. Hazell, « Review : Therapeutic Relationship is modestly correlated with treatment outcome in child and adolescent psychotherapy, article consultable sur www.ebmh.bmj.com

J. Hook, « The role of psychodynamic psychotherapy in a modern general psychiatrie service », *Advances in Psychiatric Treatment*, 2001, vol.7, p.461-468, article consultable sur www.apt.rcpsych.org

I. Howgego, P. Yellowless, C. Owen et F. Dark, « The Therapeutic Alliance : the key to effective patient outcome ? A descriptive review of the evidence in community mental health case management », Département de psychologie clinique, Hôpital de Canberra, article consultable sur www.ncbi.nlm.nih.gov

E. Jougla, F. Péquignot, A. Le Toullec, M. Bovet et M. Mellah, Inserm-CépIDC, « Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide », 2003, article consultable sur www.hcsp.ensp.fr

S. Kermarrec, B. Kabuth, C. Bursztjen et F. Guillemin, « French Adaptation and validation of the helping alliance questionnaires for child, parents and therapist », article consultable sur www.publications.cpa-apc.org

Y. Le Bloch, Y. de Roten, M. Drapeau et J.N. Despland, « New, but improved ? Comparison between first and revisited version of the Helping Alliance questionnaire », article consultable sur www.sanp.ch

J. Laget, J.M. Chanez, P.F. Duboz, B. Plancherel, L. Staffoni-Donadini, F. Schwarz et O. Halfon, « Hospitalisation psychiatrique des adolescents dans le canton de Vaud : une étude sur les modalités d'admission, les filières de soin, le rôle et le vécu de l'hospitalisation », *Schweizer Archiv Für Neurologie und psychiatrie*, 2002, 6, 153, p.272-281, article consultable sur www.sanp.ch

L. Luborsky, G. Woody, A.T. McLellan, J.P. Barber et L. Siqueland, « Etablishing a Therapeutic Alliance with substance abuser », article consultable sur www.nida.nih.gov

J. Malka, H. Pettenati, Ph. Duverger et J.B. Garré, « La Question de la "référence" chez l'adolescent en quête de nouveaux territoires », article consultable sur le site de la « Psychiatrie angevine » : www.med.univ-angers.fr/AARP/psyangevine

D.J. Martin, J.P. Garske et M.K. Davis, « Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables, a meta analytic rewiew », Département de psychologie de l'Université de l'Ohio, 2000, article consultable sur www.psych.ku.edu

K. Michel, D. Jobes, A.A. Leenaars, J.T. Maltsberger, P. Dey, L. Valach et R. Young, « Meeting the suicidal person », article consultable sur www.aeschiconferences.unibe.ch

M.C. Mouquet, V. Bellamy et V. Carasco, « Suicide et tentatives de suicide », *Études et résultats*, magazine en ligne de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques, 488, 05, 2006, consultable sur www.sante.gouv.fr

E. M. Plakun, « Making the alliance and taking the transference in work with suicidal patients », *Journal of Psychotherapy Practice Research*, 4, 10, 2001, article consultable sur www.jppr.psychiatrieonline.org

X. Pommereau, « Contenir sans détenir ou la notion du cadre thérapeutique », Actes de la cinquième journée Médecine et Santé de l'Adolescent : *Adolescents difficile : entre autorités et soins*, 13 décembre 2003, Angers, consultable sur www.med.univ-angers.fr

Y. de Roten, L. Michelet et J.N. Despland, « Recherche sur le processus psychothérapique : l'exemple du modèle d'adéquation », *Pour la Recherche*, 44, 2005, article consultable sur www.psydoc-fr.broca.inserm.fr

K. Shelef, G. M. Diamond, G. S. Diamond, H. A. Liddle, « Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy », article consultable sur www.6miami.edu

A. Søgaard Nielsen, « Factors influencing the therapeutic alliance and treatment compliance : the individual experience », article consultable sur www.nad.fi

R.F. Summers et J.P. Barber, « Therapeutic Alliance as a Mesurable Psychotheray Skill », *Academic Psychiatry*, 27, 2003, p.160-165, article consultable sur www.ap.psychiatryonline.org

M. Villamaux, « L'Alliance thérapeutique », *Pour la Recherche*, 25, article consultable sur www.psydoc-fr.broca.inserm.fr

U.M. Walter et C. Petr, « Therapeutic alliance with children, and families, a review of the national literature », Université du Kansas, 2006, article consultable sur www.socwel.ku.edu

C.J. Wilson, D. Rickwood, F.P. Deane et J. Ciarrochi, « Intersectorial and interagency partnership to investigate youth help-seeking and response of at-risk young men intervention service », *4th National Conference of Infant, Child and Adolescent Mental Health*, mars 2001, Brisbane, Australia, consultable sur www.vow.edu.au

Rapport du groupe de travail sur La Souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité et au Haut Comité de la santé publique, février 2000, consultable sur www.sante.gouv.fr

Rapport mondial sur la violence et la santé, consultable sur www.who.int

Recommandations Professionnelles sur la Prise en charge Hospitalière des Adolescents après une Tentative de Suicide, novembre 1998, texte des recommandations consultable sur www.has-sante.fr

Conférences

Conférence de consensus : *La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, du 19 au 20 octobre 2001, Paris :

- **M. Benoit**, « Place de l'hospitalisation sous contrainte dans la crise suicidaire. Utilisation de la loi du 27 juin 1990 »
- **M. Benoit**, « Quels sont les symptômes à observer à chaque étape de crise suicidaire ? »
- **C. Hazif Thomas**, « Conceptualisation de la crise suicidaire »
- **P. Moron**, « La crise suicidaire »
- **J.C. Oualid**, « Protocole de thérapie brève de famille de suicidant »
- **M. Seguin**, « Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ? Place de la prise en charge psychologique »

- **M. Seguin**, « Quelles sont les meilleures modalités d'intervention selon l'imminence du passage à l'acte ? »
- **J.M. Vanelle**, « Crise suicidaire et pathologie mentale »
- **Texte long des recommandations du jury**

3ème Journée de Médecine et de Santé de l'adolescent, *Adolescence et séparation*, 8 décembre 2001, Poitiers :

- **A. Braconnier**, « Le Temps de l'alliance »
- **R. Cahn,** « Séparation et élaboration »
- **Ph. Jeammet**, « Temps et espace à l'adolescence »
- **G. Schmit**, « Hospitalisation de l'adolescent : travail avec les familles »

Cours

D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires » :

- **M. Amar**, *Le Suicide chez l'enfant et l'adolescent*, cours du 2 mars 2007, Nantes
- **M. Calvez**, *Le Suicide : une approche sociologique*, cours du 20 avril 2007, Rennes
- **A. Caubet**, *Histoire du suicide*, cours du 19 avril 2007, Rennes
- **J.B. Garré**, *Suicide et iconographie*, cours du 19 décembre 2006, Angers
- **P. Genest**, *Définitions et problèmes de terminologie*, cours du 13 décembre 2006, Brest
- **S. Lambert**, *Automutilation, suicide et addiction*, cours du 26 avril 2007, Nantes
- **F. Eudier**, *Approche psychanalytique du suicide*, cours du 19 avril 2007, Brest
- **M. Le Dez**, *Aspects médico-légaux du suicide*, cours du 20 avril 2007, Rennes
- **M. Lustman,** *Les professionnels face à le prise en charge du suicide*, cours du 24 mai 2007, Angers
- **N. Mammar,** *Prise en charge instutionelle et menace de passage à l'acte suicidaire*, cours du 25 mai 2007, Angers
- **J. Poree**, *La Souffrance dépressive : description phénoménologique*, Rennes

P. Chauvelon, *L'Adolescence*, cours du 8 septembre 2001, Institut de Formation en Soins Infirmier du C.H.U. de Nantes

Textes législatifs

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Dictionnaires

R. Doron et P. Farot, *Dictionnaire de psychologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1991

E. Roudinesco et M. Plon, *Dictionnaire de psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997

Dictionnaire culturel en langue française, Paris, Dictionnaire Le Robert, 2005

Trésor de la langue française, dictionnaire consultable sur www.altif.altif.fr

Mémoires

M.J. Hervé, *Alliance thérapeutique à l'adolescence, aléas et spécificité*, Diplôme d'Etat de Docteur en médecine, qualification en psychiatrie, 1995

C. Porcher, *Entre l'idéation suicidaire et le passage à l'acte : la place du corps chez l'adolescent*, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires » , 1999

B. Robin, *Chronique d'une unité de crise*, D.I.U. « Étude et prise en charge des conduites suicidaires », 2001

CD-Rom

J.D. Guelfi, *L'Évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, CD-Rom édité par Pierre Fabre Système Nerveux Central, 1998

Projet de service

Fiche d'identification du projet : Unité de prévention et de traitement des jeunes adultes en situation de crise, notamment les suicidants au C.H.U. de Nantes